Juan César García

A EDUCAÇÃO MÉDICA NA AMÉRICA LATINA

A EDUCAÇÃO MÉDICA NA AMÉRICA LATINA

Juan César García

A EDUCAÇÃO MÉDICA NA AMÉRICA LATINA

Tradução
Carmen Fontes Teixeira
Liliana Santos
Marcelo Nunes Dourado Rocha

Salvador
Edufba
2022

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

Tradução para o português publicada pela Editora da Universidade Federal da Bahia (Edufba) do livro *La educación médica en la América Latina*, publicado em espanhol pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) como Publicação Científica nº 255, 1972. A Opas não se responsabiliza pelo conteúdo ou exatidão desta tradução. No caso de qualquer inconsistência entre a tradução brasileira e o original em espanhol, a versão original será a versão obrigatória e autêntica.

Analista editorial
Mariana Rios

Coordenação gráfica
Edson Nascimento Sales

Coordenação de produção
Gabriela Nascimento

Capa e projeto gráfico
Vânia Vidal

Imagem da capa
Freepik.com

Revisão e normalização
Mariana Rios e
Bianca Rodrigues de Oliveira

SISTEMA UNIVERSITÁRIO DE BIBLIOTECAS – UFBA

E24 García, Juan César.
A educação médica na América Latina / Juan César García ; tradução Carmen Fontes Teixeira, Liliana Santos, Marcelo Nunes Dourado Rocha. - Salvador : EDUFBA, 2022.
511 p. : il.

Tradução de: La educación médica en la América Latina.
ISBN: 978-65-5630-390-1

1. Educação médica – América Latina. 2. Medicina social - América Latina. I. Teixeira, Carmen Fontes. II. Santos, Liliana. III. Rocha, Marcelo Nunes Dourado. IV. Título.

CDU: 614.39

Elaborada por Geovana Soares Lira CRB-5: BA-001975/O

Editora afiliada à

Editora da UFBA
Rua Barão de Jeremoabo | s/n – *Campus* de Ondina
40170-115 – Salvador, Bahia | Tel.: +55 71 3283-6164

SUMÁRIO

13 **APRESENTAÇÃO DA EDIÇÃO BRASILEIRA**
Jarbas Barbosa da Silva Jr.

15 PREFÁCIO
UM CLÁSSICO DA EDUCAÇÃO MÉDICA: JUAN CÉSAR GARCÍA TRADUZIDO
Everardo Duarte Nunes

31 **O PRAZER DE TRADUZIR E ORGANIZAR A EDIÇÃO BRASILEIRA DO LIVRO DE JUAN CÉSAR GARCÍA**
Carmen Fontes Teixeira | Liliana Santos | Marcelo Nunes Dourado Rocha

45 **FAC-SÍMILE DA FOLHA DE ROSTO DA VERSÃO ORIGINAL DO LIVRO DE 1972**

51 **PREFÁCIO**
Dr. Abraham Horwitz

53 **PRÓLOGO**
Dr. Ramón Villarreal

57 ***INTRODUÇÃO***

59 CAPÍTULO I
ANÁLISE DA EDUCAÇÃO MÉDICA NA AMÉRICA LATINA

ANTECEDENTES 59

ASPECTOS TEÓRICOS 61

ASPECTOS METODOLÓGICOS 67

NOTAS 69

71 *PRIMEIRA PARTE*

O PROCESSO DE ENSINO 72

NOTA 74

75 CAPÍTULO 2

ATIVIDADES DE ENSINO: O PLANO DE ESTUDOS

ANÁLISE ESTRUTURAL 75

Duração dos estudos médicos propriamente ditos 79

Média de horas por alunos de estudos médicos propriamente ditos 80

Critérios que definem as unidades do plano de estudos 82

Unidade de ensino (componentes curriculares) 87

Distribuição horária por disciplinas 89

Métodos de ensino por disciplinas 90

Internato 92

ANÁLISE POR DISCIPLINA 93

Morfologia 93

Ciências fisiológicas 98

Patologia 103

Microbiologia e parasitologia 107

Medicina interna 111

Cirurgia 115

Pediatria 119

Obstetrícia e ginecologia 122

Psicologia e psiquiatria 125

PERCEPÇÃO DO PLANO DE ESTUDOS POR PARTE DOS ESTUDANTES 128

CONCLUSÕES 130

Organização 130

Motivação 132

Criatividade 132

Variedade de experiências 134

Retroalimentação 134

NOTAS 135

141 CAPÍTULO 3
ENSINO DA MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
ENSINO OFERTADO PELOS DEPARTAMENTOS OU CÁTEDRAS DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL 145
ENSINO DOS TÓPICOS DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL 152
Medidas preventivas 153
Epidemiologia 157
Medicina quantitativa 164
Organização e administração de serviços de saúde 171
Ciências da conduta 176
Análise do conjunto das cinco áreas da medicina preventiva e social 184
PROGRAMAS DE MEDICINA INTEGRAL 188
Programas extramurais 189
Estado atual dos programas extramurais 191
Avaliação dos programas extramurais 194
A difusão dos programas extramurais 196
Programas intramurais 199
Medicina integral durante o internato 201
AVALIAÇÃO DA MEDICINA PREVENTIVA PELOS ESTUDANTES 201
CONCLUSÕES 205
NOTAS 211

217 CAPÍTULO 4
OBJETO DO ENSINO: O ESTUDANTE DE MEDICINA
CANDIDATOS E ADMITIDOS NO CURSO MÉDICO 217
Aumento de estudantes admitidos no primeiro ano 220
Candidatos a ingressar no curso de medicina 222
A decisão de estudar medicina 225
Etapas da decisão de estudar medicina 227
Influência dos parentes médicos na decisão de estudar medicina 230
Padrões de seleção do curso médico 232
Razão mais importante na seleção da medicina como curso 234

ESTUDANTES MATRICULADOS 235
Estudante irregular 238
A mulher como estudante de medicina 241
Origem socioeconômica dos estudantes de medicina 242
GRADUADOS 248
Número de médicos 250
Número de graduados 252
O processo de especialização em medicina 253
O prestígio das especialidades 255
Tipo de atividade médica que os alunos gostariam de fazer ao término dos seus estudos 260
CONCLUSÕES 264
Candidatos e admitidos no curso médico 264
Estudantes matriculados 266
Graduados 267
NOTAS 268

271 SEGUNDA PARTE
AS RELAÇÕES E OS AGENTES DE ENSINO 272
NOTA 273

275 CAPÍTULO 5
AS RELAÇÕES NO PROCESSO DE ENSINO
OS ESTUDANTES E AS RELAÇÕES NO ENSINO 276
CONCLUSÕES 282
NOTAS 283

285 CAPÍTULO 6
O PESSOAL DOCENTE
CLASSIFICAÇÃO DO PESSOAL DOCENTE 286
NÚMERO E DEDICAÇÃO DOS PROFESSORES DE MEDICINA 292
CONCLUSÕES 300
NOTAS 301

305 *TERCEIRA PARTE*
A ESCOLA DE MEDICINA 306

309 CAPÍTULO 7
CARACTERÍSTICAS DAS ESCOLAS DE MEDICINA
NÚMERO DE ESCOLAS 309
TAMANHO DAS ESCOLAS 311
AFILIAÇÃO UNIVERSITÁRIA E NATUREZA JURÍDICO-ADMINISTRATIVA 313
CONCLUSÕES 316
NOTAS 317

319 CAPÍTULO 8
SISTEMAS DE GOVERNO
ANTECEDENTES HISTÓRICOS DOS ÓRGÃOS DE GOVERNO UNIVERSITÁRIOS 321
ÓRGÃOS DE GOVERNO 323
Órgãos colegiados de governo 328
A assembleia 328
O conselho diretor 329
O conselho departamental 330
Autoridades unipessoais 331
O diretor 332
O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES 337
Participação nas decisões sobre o plano de estudos 337
Plano de estudos 338
Introdução de uma nova matéria no plano de estudos 341
Redução ou ampliação da carga horária de ensino de uma matéria 343
Programa de uma matéria 345
Introdução de novas técnicas ou métodos de ensino 347
CONCLUSÕES 349
NOTAS 350

353 CAPÍTULO 9
ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DAS ESCOLAS DE MEDICINA

UNIDADES DE ORGANIZAÇÃO 355

Características das unidades de organização das escolas de medicina 356

Ciências básicas 364

Morfologia 365

Ciências fisiológicas 365

Microbiologia e parasitologia 367

Patologia e microbiologia e parasitologia 367

Medicina preventiva e social 368

Ciências clínicas 368

Medicina 370

Cirurgia 370

Pediatria 370

Obstetrícia e ginecologia 370

Psiquiatria 370

DIFUSÃO DO SISTEMA DEPARTAMENTAL 371

Período das primeiras tentativas de adoção 373

Período das primeiras adoções 375

Período de adoção rápida 376

Período de adoção mais lenta 377

CONCLUSÕES 378

NOTAS 380

387 CAPÍTULO 10
A ARTICULAÇÃO ENTRE O ENSINO MÉDIO E A EDUCAÇÃO MÉDICA

ANTECEDENTES HISTÓRICOS 388

SITUAÇÃO ATUAL 395

Seleção automática ou dentro da escola secundária 396

Seleção no momento de ingresso à educação superior 397

Seleção dentro da universidade ou dentro da escola de medicina 402

Cursos pré-profissionais 403

CONCLUSÕES 407

NOTAS 408

411 ***EPÍLOGO***

413 CAPÍTULO 11
A EDUCAÇÃO MÉDICA E A ESTRUTURA SOCIAL
A MEDICINA E A ESTRUTURA SOCIAL 414
A FORMAÇÃO DE PESSOAL E O CAMPO MÉDICO 419
CONCLUSÕES 420
NOTAS 420

423 ***APÊNDICES***

425 APÊNDICE A
ESCOLAS DE MEDICINA INCLUÍDAS NO ESTUDO

433 APÊNDICE B
ESCOLAS DE MEDICINA CUJOS ESTUDANTES FORAM ENTREVISTADOS

437 ***NOTA BIOGRÁFICA***

439 **JUAN CÉSAR GARCÍA E O MOVIMENTO LATINO-AMERICANO DE MEDICINA SOCIAL**
Diego Galeano | Lucía Trotta | Hugo Spinelli
Tradução: *Ana María Rico*

491 POSFÁCIO
ATUALIDADE DA TEORIA POLÍTICO-PEDAGÓGICA DE JUAN CÉSAR GARCÍA: CRIATIVIDADE, ENGAJAMENTO E AUTONOMIA
Naomar de Almeida Filho
NOTAS 507

511 **SOBRE OS TRADUTORES**

APRESENTAÇÃO DA EDIÇÃO BRASILEIRA

JARBAS BARBOSA DA SILVA JR.[1]

A louvável iniciativa conjunta do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) e do Instituto de Humanidades Artes e Ciências Prof. Milton Santos (Ihac), ambos da Universidade Federal da Bahia (UFBA), por intermédio dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) e em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (PPGEISU), de lançar uma versão em português do livro *La educación médica en la América Latina*, de Juan César García, tem pelo menos duas fundamentais implicações.

A primeira delas, que já se materializa com o próprio lançamento, é tornar mais acessível aos profissionais da saúde do Brasil e de outros países de língua portuguesa um livro que se tornou um clássico por suas oportunas reflexões, realizadas por um dos fundadores da medicina social latino-americana. Este livro integra a obra importante deixada por Juan César García, realizada antes e durante seus quase 20 anos integrando os quadros da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). O livro nos remete a uma rigorosa e ampla análise do panorama da educação médica no início dos anos 1970, apontando os condicionantes sociais predominantes para sua constituição e desenvolvimento e revelando suas características mais importantes, utilizando critérios até hoje atuais, como a adesão maior ou menor a práticas transformadoras, entre outras. O livro claramente propõe uma agenda de transformação para as instituições, ainda fortemente impregnadas pelo conservadorismo, tanto na forma como no conteúdo.

A segunda implicação é, ao mesmo tempo, uma expectativa e um convite. Espero que a publicação deste livro estimule mais reflexões sobre como se encontra atualmente o processo de formação médica (e das demais profissões do campo da saúde), como se dá o avanço da incorporação de práticas pedagógicas inovadoras e integradoras e como essa formação se relaciona com as necessidades atuais dos sistemas de saúde no Brasil e na América Latina.

Uma das lições que aprendemos com a pandemia de covid-19 é a necessidade de construirmos sistemas de saúde resilientes, capazes de responder adequadamente às emergências de saúde pública e de conseguir manter em funcionamento as atividades essenciais voltadas aos problemas prioritários de saúde das populações. Mais ainda, necessitamos de sistemas de saúde com uma

atenção primária renovada, fortalecida e resolutiva, que integre na sua prática a promoção, a prevenção, a vigilância e o cuidado voltados ao complexo quadro epidemiológico que se apresenta nos dias de hoje. Sistemas com essas capacidades necessitam, entre outras ações, de recursos humanos qualificados e atualizados, capazes de interagir em equipes multidisciplinares, responder aos problemas de saúde enfrentados pelas populações e se conectar às redes de cuidados mais complexos.

Espero, portanto, que este lançamento sirva como uma verdadeira homenagem a Juan César García e ao seu pensamento crítico, estimulando a investigação criteriosa que identifique as lacunas e insuficiências atuais e aponte caminhos para que a educação médica (e das demais profissões do campo da saúde) possa cumprir um papel fundamental na construção dos sistemas universais de saúde.

PREFÁCIO

UM CLÁSSICO DA EDUCAÇÃO MÉDICA

Juan César García traduzido

EVERARDO DUARTE NUNES[2]

> É clássico aquilo que tende a relegar as atualidades à posição de barulho de fundo, mas ao mesmo tempo não pode prescindir desse barulho de fundo. É clássico aquilo que persiste como rumor mesmo onde predomina a atualidade mais incompatível. (CALVINO, 1993, p. 15)

São 50 anos. Publicado em 1972 como Publicação Científica nº 255, pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), *La educación médica en la América Latina* tornou-se, ao longo de meio século, leitura obrigatória, mas somente agora recebeu uma competente tradução para o português. O livro original foi prefaciado por Abraham Horwitz (1910-2000), diretor da Opas naquele momento, que destaca "a concepção estruturalista da educação médica" proposta por Juan César García e aponta:

> O estudo foi auspiciado pela Organização Pan-Americana de Saúde, *porém, dada a natureza do problema, a interpretação dos dados e as alternativas propostas para resolver certas situações revelam as opiniões do autor*, cujo conhecimento sobre as ciências biológicas e sociais conferiu rigor à descrição e análise do que ocorre em um número importante de universidades da América Latina, ao tempo em que situa este processo em termos de sistemas educacionais em todos os períodos.[3] (HORWITZ, 1972, p. 1, grifo e tradução nossa)

Sem dúvida, esta obra se coloca lado a lado com outros famosos *reports* que trataram dos movimentos de reforma da educação médica, como o sempre citado *Relatório Flexner* (FLEXNER, 1910), patrocinado pela Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, visando a preparação dos profissionais médicos, dentro do maior rigor científico, integrando a atenção aos pacientes ao processo de ensino. Cem anos depois, a mesma instituição apontou que duas revoluções adicionais na medicina acadêmica ocorreram: a revolução na pesquisa biomédica e a transformação da prática clínica em meganegócios (COOKE; IRBY; O'BRIEN, 2010), as quais afetaram a educação médica. Nesse estudo, realizado em 2005 e 2006, foram pesquisadas 11 escolas de medicina e três hospitais de ensino não universitários norte-americanos, selecionados por apresentarem inovações educacionais interessantes, bem como para alcançar diversidade em termos de representação geográfica e tipo institucional – por exemplo, escolas médicas intensivas em pesquisa e baseadas na comunidade, centros de saúde acadêmicos e hospitais de ensino não universitários. (COOKE; IRBY; O'BRIEN, 2010)

Mais recentemente, os membros das seis regiões da Associação Latino-Americana e do Caribe de Faculdades e Escolas de Medicina (Alafem) (2018, p. 2) observaram que: "Há meio século não se realiza um estudo sistemático sobre a educação médica como o realizado por García [...] cujos resultados ajudaram a formular recomendações e fazer melhorias na qualidade do ensino nas escolas médicas". Assim, chamam a atenção para o fato de que,

> Desde aquela data, mudanças ocorreram no contexto socioeconômico, no perfil epidemiológico, nas necessidades de saúde, na prática médica e nos paradigmas educacionais, colocando desafios que devem ser enfrentados pela educação médica, para que responda às realidades atuais. [...] [porém], a falta de informação não nos permite conhecer suas características atuais e se responde às necessidades que atualmente têm a população, os sistemas de saúde e o mercado de trabalho. (ASSOCIAÇÃO LATINOAMERICANA E DO CARIBE DE FACULDADES E ESCOLAS DE MEDICINA, 2018, p. 2)

Visando superar essa lacuna, a Alafem decidiu realizar um estudo sobre a educação médica com o objetivo de "conhecer o contexto em que esta se realiza, seus mecanismos regulatórios, a estrutura educacional, o processo educativo seus resultados no mercado de trabalho e o impacto social [...]". (ASSOCIAÇÃO LATINOAMERICANA E DO CARIBE DE FACULDADES E ESCOLAS DE MEDICINA, 2018, p. 5) Foi realizado um estudo transversal em 105

escolas médicas de 17 países da região das Américas, das quais 51 públicas e 54 privadas, entre abril e setembro de 2017, incluindo diretores de 618 escolas médicas convidados a participar. (ASSOCIAÇÃO LATINOAMERICANA E DO CARIBE DE FACULDADES E ESCOLAS DE MEDICINA, 2018)

A construção do referencial teórico da pesquisa, feita por um grupo de especialistas em educação médica, contemplou a revisão dos enfoques cientificista (Flexner), estruturalista (García) e a teoria geral dos sistemas (Bertalanffy), que propõe a análise do contexto, estrutura, processo e resultados (ASSOCIAÇÃO LATINOAMERICANA E DO CARIBE DE FACULDADES E ESCOLAS DE MEDICINA, 2018), destacando-se o pioneirismo da obra de García no campo dos estudos da educação médica. Nesse sentido, cabe lembrar que o próprio García aponta que a explicação das características da educação médica e suas diferentes interpretações podiam ser buscadas na teoria das relações sociais, cujo exemplo citado é o livro *Pedagogía médica* (1965), da autoria de Edward M. Bridge, no funcionalismo de Lazarsfeld, na discussão sobre a educação de Barton, não deixando de referenciar os paradigmáticos estudos sobre o estudante de medicina nos Estados Unidos: *The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education* (1957) e *Boys in white: student culture in medical school* (1961), sobre a organização da "cultura do estudante" de medicina, além da teoria estruturalista, adotada pelo autor em sua análise.

****

Conhecido como o sociólogo norte-americano mais controverso, rebelde e radical, o texano Charles Wright Mills (1916-1962) legou à história do pensamento, de um lado influenciado pelas ideias marxistas, de outro pelas teorias weberianas, uma obra fundamental: *A imaginação sociológica*. Criou a expressão "imaginação sociológica" em 1959, destacando a conexão das experiências individuais e as relações societárias. Nas palavras do autor,

> A imaginação sociológica nos permite compreender a história e a biografia e as relações entre ambas, dentro da sociedade. Essa é sua tarefa e sua promessa. [...] *Nenhum estudo social que não volte ao problema da biografia, da história e de suas interligações dentro de uma sociedade completou a sua jornada intelectual*. (MILLS, 1965, p. 12-13, grifo nosso)

Tentar acompanhá-lo nessas três dimensões para traçar o perfil intelectual de Juan César García não é uma tarefa fácil. Felizmente, trabalho anterior traça

o perfil biográfico de García (GALEANO; TROTTA; SPINELLI, 2011), além de contarmos com seu depoimento pessoal, escrito poucos dias antes de sua morte. (GARCÍA, 1985) De outro lado, os acontecimentos históricos que precedem a década de 1970 – emblemática para a medicina social e as ciências sociais em saúde – têm sido relatados em muitos artigos e teses, e o panorama sociopolítico da América Latina no qual García trabalhou é tema presente entre os intelectuais latino-americanos.

Juan César nasceu no dia 7 de maio de 1932 em Necochea, Argentina, situada na costa atlântica, distante 528 km de Buenos Aires, e lá viveu com a sua família até a mudança para La Plata, em 1950, a fim de cursar a universidade. Em La Plata a família permaneceu até 1959. Conforme relato de Galeano, Trotta e Spinelli (2011), Juan César vinha de uma família de baixos recursos econômicos: o pai trabalhava no campo e a mãe nos afazeres domésticos. Fez a escola secundária no Colégio Nacional de Necochea, à época dirigido por um socialista, e conviveu com seu tio Julio Laborde, que foi dirigente do Partido Comunista de Mar del Plata, secretário do Comitê Central do partido e jornalista.

No detalhado estudo, Galeano, Trotta e Spinelli (2011) relatam que, a fim de que Juan César cursasse a universidade, de Necochea a família mudou-se para La Plata, cidade onde a família permaneceu de 1950 a 1959. Juan César completou o curso de medicina; participou da vida acadêmica no Centro de Estudiantes Necochenses, com a criação de um periódico universitário; completou a residência em Pediatria no Hospital de Niños de La Plata Sor María Ludovica; e exerceu atividades no Centro de Salud de Berisso, participando de um estudo sobre as condições sanitárias de *pueblos* e cidades do interior. (GALEANO; TROTTA; SPINELLI, 2011) Iniciou o curso de jornalismo na Escuela de Periodismo e não concluiu. Para Galeano, Trotta e Spinelli (2011), essa seria a *primera ruta*, seguida da *secunda ruta*, marcada pelo curso de sociologia na Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso) de Santiago de Chile, realizado em 1960-1961 (GARCÍA, 1961), tendo lá permanecido até 1964, quando concluiu o mestrado em sociologia.

Em diversos momentos Juan César se refere a esse período, quando chegou inclusive a ser, por indicação de Peter Heinz, diretor da Escuela Latinoamericana de Sociología, parte do corpo docente em teoria social. A sua participação em uma investigação sobre as relações do ambiente de trabalho sobre o comportamento dos indivíduos, que era um projeto internacional, o indicaria para Harvard, em 1965. Nesse momento, seus trabalhos voltam-se para o estudo das relações médico-paciente. Nessa época, García conviveu com vários estudantes –

na sua turma foram 19 diplomados, 15 homens e 4 mulheres – que se tornariam referências em seus campos de pesquisa, como Aníbal Quijano (1928-2018), peruano, com estudos sobre colonialismo e nacionalismo; Cecília Muñoz, psicóloga colombiana, com pesquisas em psicanálise, infância e adolescência; Hugo Zemelman (1931-2013), chileno radicado no México, com temas de pesquisas em movimentos sociais, metodologia e epistemologia; Carlota Rios, chilena, advogada que se dedicaria ao direito sanitário, com quem Juan César se casaria. (NUNES, 2013)

Em estudos anteriores (NUNES, 1989, 2013, 2015), ressaltei que na década de 1960, ainda cursando sociologia na Flacso, Juan César inicia a sua produção científica que se volta para as questões das relações médico-paciente (GARCÍA, 1963) e comportamento das elites médicas (GARCÍA, 1964), publicada nos *Cuadernos Médico Sociales*, Santiago do Chile. São dois trabalhos que podem ser vistos como pontos de partida – neles verifica-se que a preocupação teórica acompanhará toda sua produção científica posterior. Juan César não somente enuncia a emergência de um campo de estudos, mas inicia uma reflexão conceitual importante para a sociologia médica. Para ele,

> O sociólogo não apenas hoje se incorpora às inquietudes próprias destas áreas aportando o conhecimento acumulado pela teoria sociológica, mas também mediante a utilização do método científico acerca-se de explicações a tais setores problemáticos. Pela natureza do corpo teórico sociológico é possível que possa fornecer uma explicação mais objetiva, entregando ao profissional uma arma efetiva para a compreensão da conduta humana dentro do contexto médico. (GARCÍA, 1963, p. 11, tradução nossa)

O fato de ter-se tornado consultor da Opas em 1966, em Washington, D.C., Estados Unidos, onde permaneceu até o seu falecimento, em 8 de junho de 1984, concorreu para que as atividades de García se voltassem para a formação de profissionais de saúde, visto que ele se juntou ao Departamento de Recursos Humanos daquela instituição.[4] Assim, no final da década de 1960 e início dos anos 1970, os trabalhos e pesquisas de García se orientam para a educação médica. (GARCÍA, 1969, 1971a, 1971b, 1971c, 1971d)

Nesse contexto[5] se inserem os trabalhos de Juan César García, dos quais o apresentado na XIX Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (Washington, D.C.), realizada de 29 de setembro a 10 de outubro de 1969, e publicado no mesmo ano na revista *Educación Médica y*

Salud (GARCÍA, 1969) já refere a ideia de ampliar o estudo sobre o ensino da medicina preventiva e social (que havia sido decidido em dezembro de 1964) e a proposta do Comitê Assessor, elaborada em março de 1967 (após uma investigação prévia em 15 escolas de medicina), de se selecionar "um *projeto explicativo* em lugar de um descritivo, [contemplando] uma *investigação da educação médica*, com ênfase no ensino da medicina preventiva e social, em vez de uma pesquisa exclusiva nesta disciplina". (GARCÍA, 1969, p. 268, grifo nosso)

Este documento ressalta, ademais, que "Os problemas da educação médica na América Latina são de tal natureza que não podem ser resolvidos satisfatoriamente sem levar em consideração o sistema pré-universitário, o sistema de atenção médica e a formação de todo pessoal que integra a equipe médica". (GARCÍA, 1969, p. 267)

Trata-se, portanto, de uma primeira referência, com resultados preliminares sobre as 151 escolas existentes, das quais seriam investigadas 100 no trabalho publicado em 1972. Na nova versão teórica (de 1972) acrescentou-se

> Na educação médica devem ser destacadas duas características: a) sua relação com outros processos e, em especial, com o trabalho médico, e b) a existência de dois níveis, um dos quais, o modo de produzir médicos, determina o outro: a ordem institucional da educação médica. (GARCÍA, 1972, p. 4)

Outro trabalho significativo desse período se refere às inovações na educação médica (GARCÍA, 1971a), apresentado por García no III Annual Meeting of Health Sciences Education, realizado em Washington, D.C., entre os dias 2 e 3 dezembro de 1971. O autor usa o tempo como variável, cria uma tipologia das escolas médicas – inovadoras, as que respondem rapidamente às novas ideias, as que respondem mais lentamente e as procrastinadoras ou resistentes às mudanças – e analisa de forma detalhada a questão departamental e os programas extramuros.

Cabe ressaltar que esses trabalhos sobre questões da educação médica foram realizados quando já existia um projeto mais amplo de reflexão, debate e elaboração de propostas de reforma da educação médica nos países do continente. De fato, a partir da segunda metade da década de 1950 se inicia um forte movimento latino-americano em torno da educação médica e sua reformulação, quase 50 anos depois do *Relatório Flexner*. (FLEXNER, 1910) Um momento marcante é a realização, em 1955, dos Seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva, em Viña del Mar (Chile), cujas formulações se completam em 1956 no

Seminário de Tehuacán (México). (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1976)

Nesses encontros, basicamente propunha-se um modelo alternativo à visão cientificista, quantitativista e matematizante, calcada com exclusividade na biologia e na departamentalização do conhecimento médico *à la* movimento flexneriano. E, para se avançar no processo de difusão e implantação desse modelo, tornou-se necessário investigar as características da educação médica nas escolas do continente. Inicialmente, o projeto a ser apoiado pela Opas era estudar o ensino da medicina preventiva cerca de dez anos após a realização dos citados seminários, mas essa ideia foi mudada para um projeto mais ambicioso: estudar a educação médica na América Latina.

****

Sobre a obra que ora apresentamos em edição brasileira, Ramón Villarreal, então chefe do Departamento de Recursos Humanos da Opas, quando da publicação da primeira (e única) edição em espanhol, assim expressou no prólogo de 1972:

> O estudo permitiu além [deste] aspecto prático e de ação, iniciar a elaboração de um esquema teórico distinto do que atualmente predomina no campo da educação médica. Neste sentido, a obra adquire um caráter polêmico, cumprindo desta forma com outra função da Organização: iniciar e estimular a adoção de novos enfoques teóricos no campo da formação de profissionais de saúde.[6] (VILLARREAL, 1972, p. 5, tradução nossa)

Villarreal voltou a se referir à obra nas homenagens prestadas a Juan César dois anos após a sua morte, no Seminário Internacional de Atención Primaria de la Salud: el Médico de la Familia, realizado em Havana, Cuba, em 10 de junho de 1986. Segundo Villarreal (1986, p. 20),

> Juan César reconheceu que era indispensável e urgente fazer uma revisão crítica dos programas de educação médica em geral, porém principalmente na América Latina, para estabelecer um marco conceitual cujos elementos fundamentais – historicamente determinados quanto à maneira de concebê-los – foram a estrutura social e econômica e a prática médica (predominante e emergente) em cada país; as relações internas ao processo de produção de médicos; a ideologia dominante a nível profissional; e a estrutura de poder a nível nacional e internacional.

A opção de García pelo enfoque estruturalista como referencial para o estudo do processo de formação de médicos gerou muitas discussões sobre suas relações com o marxismo, mas é importante lembrar que, no ano de publicação do livro que apresentava essa abordagem, dois eventos que são parte da história da medicina social e das ciências sociais na América Latina já apresentavam críticas às formulações positivistas e funcionalistas que predominavam nessa área.

O primeiro foi a Reunión sobre Enseñanza de las Ciencias Sociales en las Facultades de Ciencias de la Salud (Cuenca, Equador, maio de 1972),[7] na qual a crítica a essas perspectivas teóricas constituiu a marca do seminário, chamando-se a atenção para o fato de que:

> A análise funcionalista centrou-se na análise estática dos fenômenos sociais, eliminando o caráter processual dos ditos fenômenos. Apesar de referir as lacunas mais significativas da interpretação funcionalista, não foram considerados os problemas derivados da metodologia utilizada para a referida análise. A educação médica e fenômenos de saúde, desvinculados da base material em que ocorrem, tornaram-se o modelo prevalente de ordenação do conhecimento nas ciências sociais. [...] As consequências teóricas dessa integração são que a sociologia médica, entendida como a aplicação da análise funcionalista aos problemas de saúde, tem contribuído para uma concepção estática desses problemas e para uma descrição formalista da relação entre esses problemas e outras esferas dos processos produtivos em geral. Nessas condições, a saúde aparece como valor, como função e como serviço com vida autônoma em qualquer sociedade, impedindo a compreensão das relações dinâmicas entre a saúde e as demais esferas do processo social. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD, 1974, p. 355-356)

A partir dessa crítica, considerava-se que um modelo alternativo com foco na mudança deveria: "Incluir elementos teóricos que permitam investigar a realidade em termos de suas contradições internas. Permitir a análise de níveis específicos de realidade e níveis estruturais e as relações entre eles". (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD, 1974, p. 358)

Nesse mesmo ano, em novembro, no XXIII Congresso Internacional de Sociologia, em Caracas,[8] Juan César retomaria essa citação para propor um itinerário para o campo das ciências sociais em saúde, visando

> analisar a medicina social e as ciências sociais relacionando-as não somente ao contexto histórico, social, econômico e político latino-americano, mas dentro do enfoque do materialismo histórico. [destacando]: vinculação da medicina à estrutura social; influência da estrutura social na produção e distribuição da doença; análise interna da produção de serviços médicos; relação da formação de pessoal de saúde com o campo médico. (NUNES, 2013, p. 1755-1756)

Assim, nesse congresso, foram firmados alguns elementos teóricos acerca das relações entre saúde, medicina e estrutura social que constituíram um referencial para um conjunto de estudos que se desenvolveram posteriormente, analisando a influência da estrutura social na produção e distribuição de doenças, a estrutura interna da produção de serviços médicos, a relação de formação de pessoal de saúde com o campo médico e outros temas correlatos, fundamentados no pressuposto de que a prática médica está ligada à transformação histórica do processo de produção econômica. Ou seja: a estrutura econômica determina o lugar e a forma de articulação da medicina na estrutura social e também a característica e a importância dos elementos que compõem o todo social (determinação em última instância). Uma vez localizada na estrutura social, outros fatores entram em jogo – existe um certo grau de autonomia da estrutura econômica: autonomia relativa.

Sem dúvida, os trabalhos da década de 1970, especialmente o de 1972, são fundamentais para se entender a opção do autor pelo materialismo histórico-dialético, nem sempre explicitada de forma clara, como assinala Rocha (2014, p. 36):

> O autor não assume explicitamente o termo 'marxista', talvez por conta do contexto da época, em países comandados por regimes militares, marcado por censura a textos provindos do marxismo clássico. Entretanto, a influência do pensamento marxista é clara, pelo uso que o autor faz de conceitos construídos por Marx, a exemplo de 'modo de produção', utilizado para referir-se ao processo de ensino da medicina como 'modo de produção de médicos', distinguindo-se, inclusive, o modo 'escolar' do modo 'em serviço'. Cabe registrar, ainda, que García [1972, p. 397] se refere explicitamente, em nota de fim, a utilização de conceitos provindos das obras de Louis Althusser, Etienne Balibar, Maurice Godelier e Pierre Bourdieu, intelectuais franceses vinculados a corrente estruturalista, especialmente Althusser, que resgatou a leitura crítica das obras de Marx nos anos 60 do século passado.

Nesse sentido, é importante reconhecer que a forma como García incorporou o pensamento marxista refletia o debate que ocorria no próprio marxismo naquela época, como, aliás, assinala Andrade (2012, p. 15, grifo nosso) ao comentar:

> a década de 1960, embora seja marcada pelo *marxismo*, abre as portas para sua crise. O *marxismo ortodoxo* cede espaço para outro, *heterodoxo*, e por vezes mais criativo. Marx continua referência forte, como prova a obra de Althusser, mas sofre também inesperadas adaptações, como no situacionismo de Guy Debord sobre a sociedade do espetáculo e no estruturalismo [...].

Nesse particular, independentemente da interpretação dada por Galeano, Trotta e Spinelli (2011) sobre a motivação marxista de García, o livro *La educación médica en la América Latina* (1972) apresenta a diversidade do espectro de autores marxistas citados anteriormente.

****

Em 1983, García organizou o que seria a comemoração e a revisão de Cuenca 1. Foi um seminário (Cuenca 2) diferente do Cuenca 1; reuniu um número maior de pessoas – 36 profissionais da saúde (médicos, cientistas sociais, filósofos, economistas, entre outros) no seminário denominado Tendencias y Perspectivas de la Investigación en Ciencias Sociales Aplicadas a Salud (Fotografias 1 e 2). Estiveram presentes os seguintes países: Argentina, Bolívia, Brasil, Cuba, Colômbia, Costa Rica, México, República Dominicana, Uruguai e Venezuela. Em janeiro de 1984, García fez a sua última viagem como assessor internacional da Opas, para Buenos Aires, Argentina. José Romero Teruel, seu companheiro de trabalho na Opas, que o acompanhou, relata que ele já sentia muitas dores articulares; ao chegar em Washington, foi imediatamente internado. Apesar de muito doente, não deixou o seu trabalho sobre o seminário Cuenca 2; escreveu uma autoentrevista sobre medicina social, Opas e relações entre as ciências sociais e a medicina, datada de 3 de junho de 1984 (GARCÍA, 1985), pedindo que eu organizasse a coletânea de textos do seminário. (NUNES, 1985) García faleceu no dia 8 de junho e seu corpo repousa no cemitério de La Plata, em sua terra natal.

NOTAS

1 Médico Sanitarista, atualmente ocupa o cargo de vice-diretor da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Eleito para o cargo de diretor da OPAS para o mandato de 2023 a 2028.

2 Graduado em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo (USP), mestre em Sociology Applied to Medicine pela Universidade de Londres e doutor em Ciências pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Atualmente, é professor colaborador do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas (FCM/Unicamp). Ex-assessor temporário da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em Washington e diversos países latino-americanos. Presidente do grupo de estudos História das Ciências da Saúde, da FCM/Unicamp. Pesquisador I-A do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Lattes: http://lattes.cnpq.br/0889393786079735.

3 "El estudio lo auspicia la Organización Panamericana de la Salud, pero dada la naturaleza del problema, la interpretación de los datos y las alternativas que se proponen para resolver ciertas situaciones, revela las opiniones del autor. Su conocimiento sobre las ciencias biológicas y sociales le da solidez a su análisis de lo que ocurre en un número importante de las Universidades de la América Latina. Lo describe con bastante precisión y lo proyecta en términos de los sistemas de educación en todos sus períodos".

4 José Roberto Ferreira (2005), em entrevista para o projeto História da Cooperação Técnica em Recursos Humanos em Saúde no Brasil, traça a história desse departamento, no qual trabalhou durante 22 anos, das diversas transformações pelas quais esse departamento (que hoje não existe mais) passou durante diferentes administrações da Opas. Destaca os seminários que foram organizados sobre educação em saúde que reuniam diretores de escolas e profissionais de saúde durante dois a três meses na sede da Opas, em Washington, e salienta o papel importante nessas atividades de Juan César García, Miguel Márquez e Jorge Andrade.

5 Como assinalei em trabalho anterior (NUNES, 2013), os contextos sociais, econômicos e políticos desse período foram extremamente desafiantes no desenvolvimento de um pensamento social em saúde: a contracultura e os movimentos estudantis dos anos 1960 e as reformas universitárias do final dessa década e início dos anos 1970. Além disso, a profunda instabilidade política com a ocorrência de "[...] 16 golpes militares [ocorreram em diferentes momentos, até o final dos anos 1970], duas revoluções socialistas – Cuba, 1959 e Nicarágua, 1979, instalação do governo socialista no Chile (1970-1973)". (NUNES, 2013, p. 1753) Como destaque especial, há "a presença de políticas ditatoriais repressoras que se estenderam pela América Latina até metade dos anos 1980, marcadas, muitas vezes por crescimento econômico, mas em uma sociedade onde persistiam [e ainda persistem] profundas desigualdades". (NUNES, 2015, p. 143)

6 "El estudio permitió, además de este aspecto práctico y de acción, iniciar la elaboración de un esquema teórico distinto del que actualmente predomina en el campo de la educación médica. En este sentido, la obra adquiere un carácter polémico, cumpliendo de esta forma con otra función de la Organización: iniciar y estimular la adopción de nuevos enfoques teóricos en el campo de la formación de profesionales de la salud".

7 Somente em 1974 a revista *Educación Médica y Salud* (v. 8, n. 4, p. 354-359) publicou um informe preliminar da Reunión sobre Enseñanza de las Ciencias Sociales en las Facultades de Ciencias de la Salud (Cuenca, Equador, maio de 1972), da qual participaram Hugo Mercer (Argentina); Everardo Duarte, Hesio Cordeiro e Domingos Gandra (Brasil); Carlos Escalante (Colômbia); Lourdes García (Cuba); Claudio Jimeno (Chile); Rodrigo Yépez (Equador); Francisco Villagrán (Guatemala); José Manuel Alvarez Manilla

(México); Emma Rubin de Celis (Peru); Héctor Apezechea (Uruguai); Yolanda Machado (Venezuela); e Juan César García (Opas). O seminário ficou conhecido como Cuenca 1; em 1983, seria realizado o Cuenca 2. Cuenca situa-se a 2.560 m de altitude e dista 470 km da capital Quito.

8 Todas as informações sobre esse documento foram retiradas da página de rosto da cópia xerográfica (*mimeo*), com 14 páginas, na qual consta "XXIII Congresso Internacional de Sociologia", título do trabalho, e o nome do autor, Juan César García, que foram reproduzidas nas diversas edições desse artigo. Segundo Platt, Jennifer. 1998. *History of ISA: 1948-1997*. International Sociological Association. ISBN 84-605-7747-3, não houve congresso internacional em 1972; o de 1970 foi em Varna (Bulgária) e o de 1974 foi em Toronto (Canadá).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, P. D. Philosophy and the 1960s. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 49, p. 13-30, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21862012000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 out. 2020.

ASSOCIAÇÃO LATINOAMERICANA E DO CARIBE DE FACULDADES E ESCOLAS DE MEDICINA. *Panorama da educação médica na América Latina e no Caribe*. [Santiago]: ALAFEM, 2018. Disponível em: https://www.udual.org/principal/wp-content/uploads/2018/04/LaEducacionMedicaALyCaribe-UDUAL.pdf. Acesso em: 14 out. 2020.

BECKER, H. S.; GEER, B.; HUGHES, E. C. *et al*. *Boys in white*: student culture in medical school. Chicago: The University of Chicago Press, 1961.

BRIDGE, E. M. *Pedagogía médica*. 122, Washington, D.C.: OPS, 1965.

CALVINO, Í. *Por que ler os clássicos*. 5. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

COOKE, M.; IRBY, D. M.; O'BRIEN, B. C. *Educating physicians*: a call for reform of medical school and residency. New Jersey: John Wiley & Sons, 2010.

FERREIRA, J. R. *Observatório História e Saúde Rede de Observatório em Recursos Humanos em Saúde do Brasil*. Rio de Janeiro: ObservaRH Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, 2005. Disponível em: http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/php/level.php?lang=pt&component=43&item=3. Acesso em: 14 out. 2020.

FLEXNER, A. *Medical education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Science, 1910. Disponível em: http://www.carnegiefoundation.org/files/elibrary. Acesso em: 23 out. 2020.

GALEANO, D.; TROTTA, L.; SPINELLI, H. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud Colect*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 7, n. 3, p. 285-315, 2011. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000400002. Acesso em: 30 out. 2020.

GARCÍA, J. C. Características generales de la educación médica en la América Latina. *Educación Médica y Salud*, Washington, D.C., v. 3, n. 4, p. 267-316, 1969.

GARCÍA, J. C. Comportamiento de las elites médicas en una situación de subdesarrollo. *Cuadernos Médico Sociales*, Santiago de Chile, v. 5, p. 20-25, 1964.

GARCÍA, J. C. *Innovations in medical education in Latin America*. III Annual Meeting of Health Sciences Education. Information Center. Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 1971a.

GARCÍA, J. C. Juan César García entrevista Juan César García. *In*: NUNES, E. D. *As ciências sociais em saúde na América Latina*: tendências e perspectivas. Brasília, DF: OPS, 1985. p. 21-28.

GARCÍA, J. C. La decisión de estudiar medicina. *Educación Médica y Salud*, Washington, D.C., v. 4, n. 4, p. 277-294, 1971b.

GARCÍA, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Washington, D.C.: OPS, 1972.

GARCÍA, J. C. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Educación Médica y Salud*, Washington, D.C., v. 5, n. 2, p. 130-148, 1971c.

GARCÍA, J. C. Profile of medical education in Latin America. *International Journal of Health Services*, Amityville, v. 1, p. 37-59, 1971d.

GARCÍA, J. C. Sociología y medicina: bases sociológicas de las relaciones médico-paciente. *Cuadernos Médico Sociale*s, Santiago de Chile, v. 12, p. 11-15, 1963.

GARCÍA, J. C. *Variación en el grado de anomia en la relación médico-paciente en un hospital*. Chile: FLACSO: UNESCO, 1961.

HORWITZ, A. Prefácio. *In*: GARCÍA, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Washington, D.C.: OPS, 1972. p. 1-2.

MERTON, R. K.; READER, G.; KENDAL, P. L. *The student-physician*: introductory studies in the sociology of medical education. Cambridge: Harvard University Press, 1957.

MILLS, C. W. *A imaginação sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar, 1965.

NUNES, E. D. *As ciências sociais em saúde na América Latina*: tendências e perspectivas. Brasília, DF: OPAS, 1985.

NUNES, E. D. Juan César García: a medicina social como projeto e realização. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 139-144, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/JwYtGBwxKGFSGp6Jv6rbSQM/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 30 out. 2020.

NUNES, E. D. *Juan César García*: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez, 1989.

NUNES, E. D. O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan César García. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1752-1762, 2013. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-686762. Acesso em: 1 nov. 2020.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social*: 20 años de experiencia latinoamericana. Washington, D.C.: OPS, 1976.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina. *Educación Médica y Salud*, Washington, D.C., v. 8, n. 4, p. 354-359, 1974.

PLATT, J. *History of ISA: 1948-1997*: Association Internationale de Sociologie 50e Anniversaire. Internat. [*S. l.*]: Sociological Assoc., 1998.

ROCHA, M. N. D. *Educação superior no Brasil*: tendências e perspectivas da graduação em saúde no século XXI. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014. Disponível em: https://repositorio.ufba.br/handle/ri/16327. Acesso em: 30 out. 2020.

VILLARREAL, R. Prólogo. *In*: GARCÍA, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Washington, D.C.: OPS, 1972. p. 3-5.

VILLARREAL, R. Juan César García y su labor em el campo de la educación médica. Sesión Solene "Juan César García in Memoriam". *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: EL MÉDICO DE LA FAMILIA, 1986, La Habana. *Anais* [...]. Quito: Instituto Juan César García, 1986. p. 19-21. (Série Ponencias).

Fotografia 1. Seminário Tendencias y Perspectivas de la Investigación en Ciencias Sociales Aplicadas a Salud, realizado em Cuenca (Equador) de 28 de novembro a 2 de dezembro de 1983

Fonte: arquivo pessoal de Everardo Duarte Nunes.

Fotografia 2. Seminário Tendencias y Perspectivas de la Investigación en Ciencias Sociales Aplicadas a Salud, realizado em Cuenca (Equador) de 28 de novembro a 2 de dezembro de 1983

Fonte: arquivo pessoal de Everardo Duarte Nunes.

O PRAZER DE TRADUZIR E ORGANIZAR A EDIÇÃO BRASILEIRA DO LIVRO DE JUAN CÉSAR GARCÍA

CARMEN FONTES TEIXEIRA
LILIANA SANTOS
MARCELO NUNES DOURADO ROCHA

A primeira edição do livro *La educación médica en la América Latina* (1972), de Juan César García, foi publicada em espanhol, em 1972, pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) como Publicação Científica nº 255. Em que pese sua relevância, justificada pela introdução de um esquema teórico-metodológico inovador no campo da formação do pessoal de saúde que referencia a análise do processo de formação de médicos em sua conexão com a prática médica e a estrutura social, esta obra nunca foi reeditada, tampouco traduzida por completo para o português.

Até onde sabemos, apenas a introdução da obra foi publicada em três coletâneas que reuniram textos de Juan César García, todas elas com a participação do professor Everardo Duarte Nunes, da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Em 1989, a introdução foi publicada numa coletânea de textos intitulada *Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina*, publicada no Brasil pela Cortez Editora; em 1993, na coletânea em espanhol intitulada *Pensamiento social en salud en America Latina*, organizada pelo mesmo Everardo Duarte Nunes, em parceria com Saul Franco e Maria Isabel Rodriguez, publicada pela Opas na série *Salud y Sociedad 2000* (n. 1), produzida pelo Programa Ampliado de Livros Didáticos e Materiais Instrucionais (Paltex); e, no ano seguinte, na coletânea *Pensamiento social en salud en America Latina*, dos mesmos organizadores, publicada desta vez pela Opas, Interamericana e McGraw-Hill.

Este livro, que agora vem à luz completo em português, cinco décadas depois de sua publicação original, é, portanto, inédito no Brasil. Sua relevância nos parece inequívoca, porque *La educación médica en la América Latina* representou, para toda uma geração de estudantes e professores de medicina das escolas médicas brasileiras, um divisor de águas, que provocou a superação de uma visão ingênua acerca da formação e da prática médica, um verdadeiro *insight*, que definiu para muitos o rumo da carreira profissional e da inserção na militância pela mudança na política e na organização dos serviços de saúde no país.

De fato, a leitura dos diversos capítulos deste livro seminal, especialmente a síntese teórica apresentada no capítulo 11, intitulado "La educación médica y la estructura social", foi, para muitos de nós, a primeira aproximação com uma perspectiva marxista de análise da realidade social, econômica e política na qual se insere a escola de medicina e permitiu a compreensão das características do processo de formação que cada um de nós vivenciava. E dessa reflexão surgiu a consciência crítica acerca desse espaço, no qual se reproduzem relações técnicas e sociais marcadas pelas diferenças de classe, gênero e cultura que atravessam as práticas pedagógicas e definem a identidade e o perfil profissional dos sujeitos que se inserem nos diversos modos de produção e consumo de serviços de saúde.

O livro de Juan César, portanto, abriu a porta e indicou o caminho que vários jovens estudantes e professores, no mais das vezes vinculados aos Departamentos de Medicina Preventiva e Social (DMPS), trilharam para compor suas pesquisas, assentando as bases do pensamento que alicerça até hoje a crítica à mercantilização da medicina, a defesa do direito universal à saúde, a luta pela democracia e, nesse contexto, o debate permanente sobre os modelos de formação superior de pessoal em saúde.

Nessa perspectiva é que o trabalho de Juan César continuou, ao longo dos últimos 50 anos, sendo reconhecido, não só pela contribuição que deu à constituição da medicina social latino-americana e à gênese da saúde coletiva no Brasil, como apontam os trabalhos de Nunes (1989), Galeano, Trotta e Spinelli (2011) e Vieira-da-Silva (2018), mas também por continuar sendo uma referência fundamental para os que se debruçam sobre a problemática da educação no campo da saúde, a exemplo do trabalho recente de Rocha (2014), que se inspirou no modelo teórico construído por García para analisar, de um lado, a produção científica da área e, de outro, o processo de implantação do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (BI Saúde) na Universidade Federal da Bahia (UFBA).

A realização dessa pesquisa, que registra a experiência inovadora desencadeada na UFBA com a formulação e implementação do projeto "Universidade Nova" (SANTOS; ALMEIDA-FILHO, 2008), proporcionou a feliz confluência de inquietações e interesses dos professores Naomar de Almeida Filho, então reitor da UFBA, e Carmen Teixeira, na época coordenadora do processo de implantação do BI Saúde, com Marcelo Rocha, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) e posteriormente docente do BI Saúde, que desenvolveu sua tese exatamente sob a orientação dos professores citados.

A revisão dos referenciais teóricos que poderiam ser acionados para o estudo do BI Saúde, efetuada por Marcelo em 2011, conduziu ao livro de García, reativando, assim, em seus orientadores, a constatação da atualidade e pertinência do seu pensamento para a compreensão e crítica da educação médica. Durante três meses, nas sessões do grupo de pesquisa Estudos sobre a Universidade, junto com Liliana Santos, à época também doutoranda no PPGSC do Instituto de Saúde Coletiva (ISC), nos reunimos para estudar e discutir a proposta teórico-metodológica de García. Nesse contexto, surgiu a ideia da tradução do livro *La educación médica en la América Latina* (1972) para o português, que foi entusiasticamente acolhida por todos.

Outros compromissos adiaram esse projeto, porém o contato com a contribuição de García serviu como ponto de partida para a reflexão acerca dos problemas e desafios contemporâneos enfrentados pelos educadores e gestores universitários no que diz respeito à formação superior em saúde. Assim, cabe enfatizar que a inadequação dos modelos e processos de formação de pessoal em saúde às necessidades, demandas e exigências derivadas das transformações da situação de saúde e das políticas, organização e gestão dos sistemas de saúde, nos últimos 40 anos, tem sido apontada como um "nó crítico" do processo de Reforma Sanitária no Brasil (PAIM, 1994), sendo especialmente um entrave para a constituição de profissionais de saúde comprometidos com a qualidade, equidade e humanização das relações instituídas nas práticas de saúde nos vários níveis organizacionais do sistema, tanto no âmbito do sistema público, o Sistema Único de Saúde (SUS), quanto no setor privado de assistência médico-hospitalar. (ALMEIDA-FILHO, 2011a)

Nessa perspectiva, em 2014, o professor Naomar apresentou um projeto de pesquisa ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que propunha, entre seus objetivos, o estudo da "Qualidade diferencial do cuidado em saúde, com ênfase na formação de pessoal como promotora de tratamentos socialmente desiguais em saúde". Tal proposta teve seu mérito reco-

nhecido quando do resultado do julgamento, divulgado em 2015, tornando-se apta para solicitar o Selo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT), não sendo contratada, entretanto, por limitações de recursos financeiros.

O tema permaneceu vivo nas conversas e encontros de Naomar com colegas e alunos e gerou, em 2016, a elaboração da proposta inicial do curso Modelos de Formação e Modos de Cuidado em Saúde,[1] que agregou uma equipe docente[2] multiprofissional e transdisciplinar que elaborou os planos de aprendizagem, de modo que, em abril de 2017, foi realizada a primeira edição do curso,[3] com oferta interinstitucional na Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) e na UFBA e disponibilidade de 130 vagas, destinadas a estudantes de pós-graduação (mestrado e doutorado) e de graduação (BI Saúde, graduação em saúde coletiva e outros), além de outros participantes externos com inscrição como alunos especiais.

No contexto das discussões em torno da concepção, planejamento, organização e execução desse curso, a equipe docente deparou-se com o desafio de elaborar uma matriz analítica dos projetos pedagógicos de cursos existentes na área da saúde. Novamente, surgiu a ideia de se resgatar a contribuição de García, como ponto de partida para a elaboração do referencial teórico do instrumento que foi aplicado, contudo prevaleceu a posição dos docentes que defenderam a proposta teórica funcionalista atualizada pela Comissão de Formação de Profissionais de Saúde para o século XXI. (FRENK et al., 2010) A tradução do livro de García ficaria, portanto, à espera de um momento mais propício à sua concretização.

O sucesso da primeira edição do curso gerou uma segunda e uma terceira edição, esta última contando com a participação de vários docentes convidados, como José Ricardo Ayres, da Faculdade de Medicina (FM) da Universidade de São Paulo (USP); Eliana Goldfarb Cyrino, da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp); e Mariano di Pasquale, da Universidade

1 Elaborada pelos professores Naomar de Almeida Filho (PPGSC e PPGEISU/UFBA), Marcelo Dourado Rocha (PPGEISU/UFBA) e Luís Eugênio Portela (PPGSC/UFBA).

2 Incluindo os professores Antônio José Costa Cardoso, Lina Faria, André de Almeida Rego, Luiz Castro Santos, José Antônio de Oliveira Lima e Maria Luiza Comper pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família (Prof-Saúde/UFSB), Liliana Santos pelo PPGSC/UFBA e Carmen Teixeira pelo PPGSC e pelo PPGEISU/UFBA.

3 Organizado em três blocos temáticos, o curso propôs o estudo sistemático de antecedentes históricos, princípios epistemológicos e pautas metodológicas de modelos de formação e sua articulação aos modos de cuidado em saúde predominantes em distintos períodos da história do Ocidente. Na parte prática, o curso avaliou estruturas curriculares e modelos pedagógicos de cursos de graduação em saúde no Brasil, com destaque para os cursos de medicina.

Nacional de Três de Fevereiro (UNTREF), Argentina. Com o amadurecimento da reflexão propiciada pelo encontro de tantos pesquisadores da área, retomou-se, em 2018, a elaboração de um projeto de pesquisa sob a coordenação do professor Naomar de Almeida Filho, apresentado ao CNPq com o título "Relação entre iniquidades e inovação em saúde: foco em qualidade-equidade e competência tecnológica crítica no SUS", que incluiu entre seus objetivos a proposta de "Planejar e realizar estudos sobre formação profissional em saúde, especialmente suas repercussões nos processos de determinação da Qualidade Diferencial do Cuidado, visando à adequação do subsistema de formação de recursos humanos para o SUS".

Em 2019, com a liberação dos recursos financeiros aprovados, conformou-se a equipe de trabalho responsável pelos estudos da formação superior em saúde, integrada pelos docentes Carmen Teixeira, Liliana Santos, Marcelo Dourado Rocha e Ana María Rico, que passou a executar as atividades previstas, incluindo o mapeamento do conjunto de escolas médicas no Brasil[4] e a identificação das inovações curriculares e modelos pedagógicos vigentes em universidades e escolas médicas selecionadas. Configurou-se, assim, o momento oportuno para se retomar a ideia de incorporar a contribuição de Juan César García ao estudo dos currículos e das características das escolas médicas, o que reforçou a proposta, momentaneamente posta de lado, de se traduzir e publicar a versão brasileira do livro *La educación médica en la América Latina* (1972).

Esse desafio foi assumido pela equipe do projeto, nomeadamente por Marcelo Rocha, Liliana Santos e Carmen Teixeira, que trataram de proceder à tradução do livro ao tempo em que elaboraram a concepção da edição brasileira e encaminharam os diálogos necessários com os pesquisadores convidados a escrever a apresentação, o prefácio e o posfácio, bem como os trâmites junto à Opas, para obter a autorização para a publicação, e as negociações com a Editora da Universidade Federal da Bahia (Edufba).

Para além dos aspectos político-institucionais e burocráticos necessários à viabilização da edição que ora entregamos à comunidade brasileira do campo da saúde, consideramos, na qualidade de tradutores, apresentar alguns comentários sobre a rica experiência de reler traduzindo o livro de Juan César, chamado assim pelo prenome pela intimidade que ousamos tecer com sua forma de pensar as questões da saúde e da educação médica, através das linhas e entrelinhas do seu maravilhoso trabalho.

4 Atualmente, essa linha de trabalho já resultou na construção do Diretório das Escolas de Medicina do Brasil (Direm-Br). Ver: https://direm.org.

***

Dizem que "traduzir é trair", porque nunca se trata apenas de substituir as palavras de um texto escrito em uma determinada língua pelas palavras que buscam nomear os objetos ou expressar os sentimentos em uma outra língua. Os limites do meu mundo são os limites da minha linguagem, disse um dia Wittgenstein e assim nos fez pensar o quanto do mundo de cada um se encerra nas palavras que fala e escreve.

Pois bem, aproximar-se do pedaço do mundo que García tratou de colocar nos capítulos do seu livro *La educación médica en la América Latina* (1972), resultado de uma pesquisa empírica que o fez conhecer e conversar com dezenas de dirigentes, educadores médicos e alunos das escolas de medicina dos países deste vasto continente, foi também, para nós, uma viagem encantada, que nos fez unir as pontas da origem do pensamento crítico na medicina social latino-americana, com as inquietações que atravessam a práxis dos pesquisadores, docentes, alunos e dirigentes das escolas médicas brasileiras nesse momento crítico que vivemos no país.

Como apontamos anteriormente, a ideia de traduzir este livro, um dos clássicos do campo da saúde coletiva, surgiu no âmbito do projeto de pesquisa sobre educação médica no Brasil, que parte da problematização do perfil profissional que está sendo formado em nossas escolas e se debruça sobre os projetos político-pedagógicos implementados e em execução. Cabe enfatizar que esse projeto visa subsidiar uma ampla reflexão entre gestores, docentes e alunos das escolas médicas acerca do perfil necessário para se garantir que os futuros profissionais, ao se inserirem nas equipes multiprofissionais que atuam no sistema público (SUS), contribuam efetivamente para a promoção da equidade em saúde, para a melhoria da qualidade dos serviços e para a prestação de cuidados que atendam necessidades dos grupos populacionais diversos, em termos de vulnerabilidade social, que constituem a maior parte da população brasileira.

Integrando a equipe de pesquisadores que encarou o desafio de executar esse projeto, logo nos deparamos com a necessidade de revisar a produção científica sobre o tema e, como não podia deixar de ser, com o resgate do livro de Juan César García, que aliás nunca deixou de ser uma referência essencial nas reflexões que temos feito, enquanto docentes de cursos de graduação e pós-graduação em saúde, ao longo dos anos. Foi assim com a mais "antiga" de nós, para quem a leitura do livro de García, nos idos de 1978, marcou definitivamente sua compreensão acerca da experiência vivida enquanto estudante de medicina e

selou sua adesão ao nascente pensamento crítico de base marxista, que começava a ser difundido e discutido nos DMPS.

Ao longo dos anos, as pistas e apontamentos do livro de García – principalmente sobre o papel que as ciências sociais poderiam desempenhar na construção de um conhecimento teórico e crítico sobre os determinantes do processo saúde-doença, sobre os limites e possibilidades da prática médica, sobre as características dos sistemas e serviços de saúde, sobre a distinção entre prática teórica e prática política no campo da saúde – foram as luzes de um farol a iluminar o envolvimento de dezenas de docentes dos DMPS em processos de reforma curricular na escola médica e na constituição do campo da saúde coletiva, no aperfeiçoamento das práticas pedagógicas e metodologias de ensino-aprendizagem para a formação de sujeitos social e politicamente situados, em diálogo permanente com o avanço do conhecimento científico e com o desenvolvimento do processo político em saúde.

Mais recentemente, a criação dos cursos de graduação em Saúde Coletiva (SANTOS, 2014), antiga aspiração do campo, demonstrou mais uma vez a atualidade do estudo de Juan César, ao iluminar o debate de toda uma nova geração de docentes desses cursos acerca dos conteúdos e métodos que devem ser oferecidos para a formação de um profissional capaz de dar conta das mudanças que marcaram o desenvolvimento da epidemiologia, enquanto ciência que constitui o núcleo central da Saúde Coletiva, e os desdobramentos da área de política, planejamento, gestão e avaliação em saúde e da área de ciências humanas e sociais em saúde.

Paralelamente, a implantação do curso de BI Saúde tornou-se objeto de tese de doutorado (ROCHA, 2014), defendida por outro dos integrantes do trio de tradutores, que recorreu mais uma vez aos conceitos elaborados por García, ao transpor a categoria "processo de produção" da economia política à sociologia da educação, compondo o conceito de "processo de produção de médicos" e detalhando, a partir daí, os elementos teóricos que orientaram a produção de dados e informações acerca do *modus operandi* das escolas médicas latino-americanas nos anos 1960-1970. Esse referencial derivado do marxismo estruturalista, então em voga em alguns centros acadêmicos franceses que influenciaram o debate crítico nos nossos recém-criados DMPS, demonstrou-se utilíssimo para orientar a compreensão do processo de criação e implantação do nosso BI Saúde (COELHO; TEIXEIRA, 2014), ancorado, ademais, na reflexão sobre as crises e reformas necessárias da universidade, para adequá-la às demandas e necessidades do século XXI. (SANTOS; ALMEIDA-FILHO, 2008)

O crescimento, a diversificação interna, a multiplicidade de diálogos e articulações com as demais áreas do conhecimento, ao longo e ao largo do extenso e complexo campo da saúde na contemporaneidade, não invalidaram – pelo contrário, nos fizeram ver mais uma vez – a solidez dos alicerces que Juan César García assentou e que aparecem claramente quando nos debruçamos sobre os diversos capítulos, em um processo de tradução que, por vezes, se mostrava uma garimpagem, na medida em que os conceitos-chave que compõem a trama que define o que seja medicina, medicina preventiva e social e saúde coletiva iam aparecendo e evidenciando a lógica que os unem.

Daí, ao longo do trabalho de tradução do livro, dividido e compartilhado por nós três, com a ajuda luxuosa de Gilson Rabelo, que reformatou as tabelas e gráficos que ilustram o texto em quase todos os capítulos, fomos trocando ideias acerca da melhor forma de traduzir alguns termos, principalmente alguns que foram sendo problematizados e redefinidos ao longo dos anos que nos separam da elaboração do livro de García. Este capítulo pretende, portanto, esclarecer ao leitor alguns dos acordos e escolhas que fizemos, os quais tratamos, por vezes, de explicitar em notas de fim de capítulo identificadas como nota dos tradutores (N. T.).

O primeiro acordo diz respeito à manutenção da expressão "plano de estudos", que, na cultura acadêmica predominante nas universidades brasileiras atualmente, corresponde ao que chamamos "projeto político-pedagógico", "projeto pedagógico de curso", "projeto pedagógico" ou simplesmente "currículo" dos vários cursos, sejam de graduação ou de pós-graduação.

O segundo se refere à dificuldade de traduzir e padronizar o uso que García faz dos termos "asignatura" e "disciplina", os quais, em espanhol, se referem a objetos distintos: "disciplina" indica um recorte no âmbito do conhecimento científico, enquanto "asignatura" aponta o recorte que é feito no âmbito educacional, que pode ou não corresponder ao ensino de uma disciplina específica. Em nosso meio, até recentemente o termo "disciplina" era usado indistintamente com os dois sentidos, como disciplina científica e/ou como disciplina acadêmica. Mais recentemente, tem sido adotada a expressão "componente curricular" para designar o recorte que se faz de um determinado conjunto de conhecimentos a serem oferecidos no âmbito de um curso com uma carga horária delimitada, podendo ou não corresponder estritamente a uma disciplina científica ou ser organizado de acordo com outros critérios – temáticos, por exemplo –, situação em que geralmente se desenvolve uma abordagem interdisciplinar.

Durante a tradução, por vezes utilizamos a expressão "componente curricular" para traduzir "asignatura", quando este termo se referia a um recorte do

conhecimento que integrava várias disciplinas ou atividades, como um programa de atividade extramural, um estágio etc.; por outras, mantivemos o termo "disciplina", quando o termo "asignatura" de fato indicava uma disciplina científica, como patologia, fisiologia, farmacologia etc.

Um outro termo cuja tradução merece esclarecimento é "carrera", utilizado pelo autor para designar o curso médico, ou seja, o processo de formação, termo que não traduzimos por "carreira", uma vez que no Brasil esse termo se refere à carreira profissional desenvolvida para além do curso de formação em si. Daí traduzimos sempre "carrera" por "curso".

Um termo mais fácil, mas que poderia induzir a equívocos, foi "classe", outro vocábulo polissêmico, que no caso traduzimos por "aula" – enquanto que "aula", em espanhol, se refere sempre à "sala de aula", ao espaço físico onde se realiza a "classe", a aula, para nós.

E, finalmente, uma palavrinha sobre a tradução do termo "enfermidade": embora seja conceituado no âmbito da antropologia da saúde como distinto do termo "doença", optamos por traduzir como "doença", inclusive quando utilizado na expressão, "salud-enfermedad", que traduzimos por "saúde-doença". De fato, García não faz distinção entre doença e enfermidade, coisa que só veio a acontecer com o desenvolvimento dos estudos antropológicos, que chamam a atenção para o fato de que a "doença" (*disease*) é definida pelos médicos a partir da aplicação dos conhecimentos científicos no campo da patologia. Daí a existência, inclusive, da ampla Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) atualizada periodicamente pelos especialistas no assunto, classificação que supõe a agregação de sinais e sintomas que caracterizam cada uma das doenças, devidamente inseridas em determinados grupos definidos pelas similaridades desses sinais e sintomas e do estudo de sua etiologia, ou seja, de suas causas. "Enfermidade" (*illness*), entretanto, não supõe necessariamente um diagnóstico clínico-patológico e se aproxima do que os antropólogos da saúde definem como "o que o paciente sente antes de ir ao médico", distinguindo-se da "doença", que seria "o que ele traz de informação depois que foi ao médico". (ALMEIDA-FILHO, 2011b; HELMAN, 2009)

Esse último esclarecimento nos parece particularmente importante, porquanto, em vários momentos do texto, especialmente ao analisar o ensino da medicina preventiva e social (capítulo 3), García faz referência ao modelo conhecido através da publicação e difusão da obra de Leavell e Clark (1976) como o modelo da História Natural das Doenças (HND). Aproveitamos para chamar

a atenção para a análise que García faz desse modelo, na nota 52 do capítulo 3, comentando que:

> [...] deve-se considerar a existência de uma certa confusão entre o pessoal docente com respeito às diferenças entre modelos teóricos científicos, modelos de aplicação e modelos de ensino. A HND é um modelo típico para a aplicação de conhecimentos, que pode ser empregado como modelo educacional, porém não pode, de forma alguma, ser considerado como um modelo científico. Nesse sentido, deveria se realizar um trabalho teórico crítico sobre os pressupostos e implicações do paradigma da HND, que se encontra enraizado na concepção classificatória das enfermidades.[5] (GARCÍA, 1972, p. 171, tradução nossa)

Considerando que esse modelo tem inspirado inclusive a elaboração de propostas de reorganização das práticas de saúde, na perspectiva de se alcançar a integralidade da atenção (PAIM, 1999; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998), é importante destacar que esse uso é operacional e não implicou necessariamente um trabalho teórico crítico como o sugerido por García em seu texto, ainda que, em sua redefinição, tenha se recorrido aos avanços do conhecimento sobre a natureza das práticas de promoção da saúde (controle de determinantes), vigilância em saúde (controle de riscos), assistência e reabilitação (controle de danos).

Parece-nos que, dentre as inúmeras pistas deixadas por García em seu livro, várias foram seguidas por autores brasileiros que, por sua vez, produziram verdadeiras obras-primas constituintes das bases do campo da saúde coletiva, a exemplo dos trabalhos seminais de Maria Cecília Ferro Donnangelo (1976) e Antônio Sérgio Arouca (2003). Com isso, chegamos ao segundo termo que apontamos no título deste capítulo: o prazer que tivemos ao descobrir – ou redescobrir, melhor dizendo – as sementinhas que germinaram no pensamento e nas pesquisas desenvolvidas por Donnangelo e por Arouca.

Um trabalho verdadeiramente "arqueológico" precisaria ser feito para estabelecer, com maior segurança, as conexões e os nexos que certamente foram

---

5 "A esto debe agregarse a existencia de una cierta confusión entre el personal docente con respecto a las diferencias entre modelos teórico científicos, modelos de aplicación y modelos de enseñanza. La historia natural de la enfermedad es un modelo típico para la aplicación de conocimientos que pueden ser empleados como modelo educacional, pero que bajo ningún concepto puede utilizarse como un modelo científico. Sin embargo, debería realizarse un trabajo teórico crítico sobre los supuestos e implicaciones del paradigma de historia natural de la enfermedad, que se encuentra enraizado con una concepción clasificatoria de la enfermedad".

estabelecidos nos encontros desses pesquisadores nas reuniões de docentes de medicina preventiva e social realizadas na primeira metade dos anos 1970 no Brasil, como aliás assinala o professor Guilherme Rodrigues da Silva (2013) no prefácio ao livro de Arouca, *O dilema preventivista*, finalmente publicado decorridos quase 30 anos desde que a pesquisa nasceu, cresceu e se transformou em sua tese de doutoramento na Unicamp, em 1975.

Na tese de livre-docência de Donnangelo, transformada no livro *Saúde e sociedade* em 1976, encontramos em pleno e rigoroso desenvolvimento teórico as pistas apontadas por García no capítulo 11 do livro, quando discorre sobre as articulações entre a prática médica e a estrutura social, repercutindo, assim, a influência do pensamento estruturalista, que, como o próprio autor indica na nota 2 desse capítulo, foi inspirada nas obras de Louis Althusser, Étienne Balibar, Maurice Godelier e Pierre Bourdieu. (GARCÍA, 1972)

Esses e outros autores, como Jean Piaget, Mario Bunge, George Canguilhem, Michel Pêcheux, Thomas Kuhn, Jacques-Alain Miller e Antonio Gramsci, são citados principalmente nas notas ao final de cada capítulo. Desse modo, concluímos este nosso apontamento convidando os leitores de García a percorrerem essas notas e se encantarem, como *nosotros*, com a vastidão de seu conhecimento, com a amplitude e agudeza do seu olhar – e, como não podemos deixar de assinalar, com sua clara visão estratégica da importância da introdução das ciências humanas e sociais no ensino das profissões de saúde, a começar pela educação médica, apontando o que viria a se tornar o embrião das “bases acadêmicas” do movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que desaguou na conquista do direito à saúde e na construção do SUS em nosso país.

***

Posto isso, cabe assinalar que, na composição da edição brasileira deste livro, convidamos o professor Everardo Duarte Nunes a escrever o prefácio, em um reconhecimento agradecido ao papel que ele tem desempenhado, como luminar da área de ciências sociais em saúde, na análise e divulgação da contribuição de Juan César García ao pensamento crítico no campo da saúde, especialmente da saúde coletiva no Brasil. (NUNES, 1989, 2013, 2015)

Lendo o texto de Everardo, nos demos conta da importância de incluir, como parte desta edição, o artigo que contém os resultados da pesquisa feita por Diego Galeano, Lucía Trotta e Hugo Spinelli (2011), conterrâneos de Juan César, companheiros argentinos das lutas pela saúde em nosso continente. Traduzido para o português por nossa companheira na equipe da pesquisa, também argentina, Ana

María Rico, esse trabalho analisa a trajetória de vida de García, intelectual e militante, exemplo de coerência entre pensamento e vida, cujo legado nos faz recordar sempre os princípios e valores que nos inspiram e fortalecem.

E, para fechar esta edição, convidamos o professor Naomar de Almeida Filho a escrever o posfácio, de modo a conectar as origens da reflexão crítica sobre saúde e educação aos desafios do presente, particularmente com relação aos rumos possíveis da educação e da prática médica em nosso país no contexto de retomada da luta pela manutenção e consolidação do direito universal à saúde.

De fato, no momento atual, em que o SUS e a garantia desse direito se encontram, mais que nunca, ameaçados, quiçá o desenvolvimento da nossa pesquisa sobre educação médica e a publicação do livro de Juan César García em português sejam uma fagulha a reacender o debate necessário sobre a mudança na formação de pessoal em saúde, na defesa do SUS, no fortalecimento do campo da saúde coletiva e no desenvolvimento de uma prática política em saúde que promova um avanço civilizatório em nosso país.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. Higher education and health care in Brazil. *The Lancet*, Boston, v. 377, n. 9781, p. 1898-1900, 2011a. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60326-7/fulltext. Acesso em: 30 nov. 2020.

ALMEIDA-FILHO, N. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b.

AROUCA, A. S. *O dilema preventivista*. São Paulo: Ed. UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

COELHO, M. T. Á. D.; TEIXEIRA, C. F. *Uma experiência inovadora no ensino superior*: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde. Salvador: Edufba, 2014.

DONNÂNGELO, M. C. F. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FRENK, J. *et al*. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, Boston, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21112623/. Acesso em: 30 nov. 2020.

GALEANO, D.; TROTTA, L.; SPINELLI, H. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 7, p. 285-315, 2011. Disponível em: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000400002. Acesso em: 23 nov. 2020.

GARCÍA, J. C. *et al*. *Pensamiento social en salud en América Latina*. Washington, D.C.: OPS, 1993. (Serie PALTEX, Salud y Sociedad 2000, v. 1).

GARCÍA, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Washington, D.C.: OPS, 1972.

HELMAN, C. Doença versus enfermidade na clínica geral. *Campos*: Revista de Antropologia, Curitiba, v. 10, n. 1, p. 119-128, 2009. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/campos/article/view/18582. Acesso em: 24 nov. 2020.

LEAVELL, H.; CLARK, L. E. G. *Medicina preventiva*. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill do Brasil: MEC, 1976.

NUNES, E. D. Juan César García: a medicina social como projeto e realização. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 20, p. 139-144, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/JwYtGBwxKGFSGp6Jv6rbSQM/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 13 nov. 2020.

NUNES, E. D. *Juan César García*: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez, 1989.

NUNES, E. D. O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan César García. *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1752-1762, 2013. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-686762. Acesso em: 13 nov. 2020.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os modelos assistenciais. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA-FIHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 473-487.

PAIM, J. S. *Recursos uma saúde no Brasil*. Problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – USP, 1994.

ROCHA, M. N. D. *Educação superior no Brasil*: tendências e perspectivas da graduação em saúde no século XXI. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

RODRIGUES DA SILVA, G. Prefácio. *In*: AROUCA, A. S. *O dilema preventivista*. São Paulo: Ed. UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 13-20.

SANTOS, B. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *A universidade no século XXI*: para uma universidade nova. Coimbra: Almedina, 2008.

SANTOS, L. *Educação e trabalho na saúde coletiva brasileira*: estudo de caso sobre a criação dos cursos de graduação na área de saúde coletiva nos cenários nacional e local. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe epidemiológico do SUS*, Brasília, DF, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf. Acesso em: 13 nov. 2020.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *O campo da saúde coletiva*: gênese, transformações e articulações com a Reforma Sanitária Brasileira. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

la educación médica en la américa latina

juan césar garcía

Publicación Científica No. 255

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

1972

Às vezes nos maravilhamos ante um objeto escolhido; acumulamos hipóteses e sonhos; formamos assim convicções que tem a aparência de um saber. Porém a fonte inicial é impura: a evidência primeira não é uma verdade fundamental. De fato, a objetividade científica não é possível se, de antemão, não se rompeu com o objeto imediato, se não recusou a sedução da primeira abordagem, se não se deteve e refutou os pensamentos nascidos da primeira observação. Toda objetividade, devidamente verificada, desmente o primeiro contato com o objeto. A objetividade deve, de antemão, criticar tudo: a sensação, o senso comum, a prática até mesmo a mais constante; e também a etimologia, pois o verbo, feito para cantar e seduzir, raramente se encontra com o pensamento. Longe de se maravilhar, o pensamento objetivo deve ironizar. Sem esta vigilância malévola jamais alcançaremos uma atitude verdadeiramente objetiva.

Gaston Bachelard
(Psicanálise do Fogo)

PREFÁCIO

A Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), patrocinadora dos Seminários sobre o Ensino da Medicina Preventiva e Social, realizados em Viña del Mar, Chile, em 1955, para as escolas de medicina da América do Sul, e em Tehuacán, México, em 1956, para as da América Central e região do Caribe, transcorridos dez anos de sua realização, resolveu avaliar seus resultados docentes.

Esses seminários foram inspirados no que poderíamos chamar de uma concepção estruturalista da educação médica, baseada no propósito de permear o currículo com as concepções e métodos de prevenção das enfermidades e de promoção da saúde. Nesse sentido, o processo de formação médica, desde o ingresso dos estudantes na universidade, deveria produzir um novo modo de pensar, uma atitude que permitiria ao futuro profissional compreender a origem e a dinâmica da patologia individual e social, definindo, em consequência, as medidas de prevenção e cura correspondentes.

Ao término daquela década, nos convencemos de que não poderíamos dissociar o ensino da medicina preventiva e social do conjunto da educação médica. Pelo contrário, essa área poderia ser melhor identificada dentro de um marco de referência que incluísse o processo de ensino definido como "o conjunto de etapas pelas quais o estudante passa para se transformar em médico" (p. 62). Com essa perspectiva, foi feita a investigação que constitui o substrato desta obra, conduzida pelo doutor Juan César García, pediatra e sociólogo, cuja concepção integral da formação do médico é evidenciada nestas páginas. O estudo foi auspiciado pela Opas, porém, dada a natureza do problema, a interpretação dos dados e as alternativas propostas para resolver certas situações revelam as opiniões do autor, cujo conhecimento sobre as ciências biológicas e sociais conferiu rigor à descrição e análise do que ocorre em um número importante de universidades da América Latina, ao tempo em que situa esse processo em termos de sistemas educacionais em todos os períodos.

Enquanto se reunia a informação pertinente, ocorreu a chamada "crise universitária" em muitos países do mundo com organização política muito diversa. Quaisquer que sejam suas causas – e as opiniões são muito díspares –, ela se concentrou na expressão e, em alguma medida, na realização de profundas reformas, entre outras, da educação das ciências da saúde. Hoje, aceita-se que o estudante não deve ser apenas o objeto do processo de ensino senão o seu sujeito, isto é, um participante ativo em todas as fases do processo, dado que se espera que ele devolva ao meio social, através da prestação de serviços, o que a instituição e o país lhe proporcionaram. O currículo passa a ser construído não com base em departamentos e estruturas rígidas, mas em problemas mais frequentes e em programas voltados à sua solução. Na análise desses problemas se espera a colaboração de todos os docentes, cujo conhecimento e experiência em ciências básicas, clínicas ou sociais são essenciais para o estabelecimento de um diálogo contínuo com os estudantes. Estes, assim, integram em seu pensamento os conceitos e métodos de prevenção, promoção e recuperação da saúde, beneficiando-se da síntese indispensável para o cumprimento de sua missão.

Sabemos que nas universidades, mesmo naquelas em que existe consenso, as mudanças profundas exigem um longo período para se generalizar e um período muito mais longo para se avaliarem seus efeitos nas sociedades. Como atualmente não concebemos uma universidade separada do desenvolvimento econômico e social, consideramos esta pesquisa uma contribuição valiosa para esse fim.

Perguntamos, portanto, o que aconteceu com o ensino da medicina preventiva e social na América Latina e na região do Caribe nesses 16 anos, quando foi amplamente revisado pela maioria das universidades. A resposta flui destas páginas, cuja interpretação deve ser feita em termos das ideias que dominavam aquele momento e hoje. Nessa perspectiva, o progresso em relação ao passado é evidente e serve, ao mesmo tempo, como prelúdio de nossa visão de futuro do ensino universitário, um dos fundamentos do bem-estar coletivo.

Dr. Abraham Horwitz
Diretor da Opas

PRÓLOGO

A forma de prestar serviços de saúde mudou radicalmente durante as últimas décadas. Assim, a atenção médica deixou de estar exclusivamente a cargo de profissionais, organizados em unidades simples de produção e orientados para o indivíduo, para se converter em atividades realizadas por pessoal diversificado, levadas a cabo em unidades complexas, orientadas para a comunidade e sob liderança governamental. Essa forma dominante de produção de bens e serviços de saúde requer recursos humanos que tenham uma concepção integral do homem e dos problemas de saúde ao nível individual, familiar e da comunidade. Para conseguir esse tipo de pessoal de saúde, é necessário planejar e introduzir mudanças fundamentais no processo de formação, assim como desenvolver e experimentar novos modelos e métodos de ensino.

O planejamento se apresenta, nesse contexto dinâmico, como a possibilidade de integrar, ou pelo menos coordenar, as necessidades de saúde da população, a prática médica e a formação de pessoal. O planejamento dos recursos humanos aparece, assim, como uma necessidade evidente, e o fortalecimento dos programas nesse campo é transcendental, pois tem se considerado tradicionalmente o recurso humano como imutável e, portanto, impossível de planejar. O prestígio das profissões, o poder das instituições universitárias e o respeito à liberdade acadêmica têm sido indubitavelmente fatores influentes nessa atitude. Com a visualização dos recursos humanos como elemento planificável, o processo educacional ganha valor dinâmico, convertendo-se em um investimento produtivo e em um instrumento de desenvolvimento nacional.

Essa problemática pode ser considerada relativamente nova, já que até poucos anos a preocupação dos educadores se limitava aos problemas que surgiam da formação isolada das profissões.

No final dos anos 1960 e começo da década de 1970, a preocupação dos pesquisadores e administradores da educação no campo da saúde toma outro rumo, e é assim que a relação entre ensino e prática médica emerge como tema central

no campo médico. Os indicadores dessa transformação são muitos e vão desde mudanças no nome das instituições até o desenho de investigações orientadas para a nova temática. É assim que se descobre a impossibilidade de tratar o problema da formação de forma isolada para cada profissão e se começa a usar conceitos cada vez mais integrais, tais como o de recursos humanos em saúde.

Um fenômeno que acompanha essa transformação é a consciência cada vez maior da existência de correntes teóricas educacionais divergentes e de que a adoção de qualquer uma delas leva a soluções diversas. No entanto, as diferenças de abordagem não obscurecem o elemento comum por trás da discordância, ou seja, o problema da relação entre o ensino e a prestação de serviços de saúde.

Os ministros de Saúde das Américas, reunidos em Santiago do Chile em outubro de 1972, traçaram as linhas gerais do desenvolvimento de recursos humanos para a saúde nessa década, fundamentando-se na relação, discutida anteriormente, entre o ensino e a prática médica. Nesse sentido, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) vem estimulando reformas no ensino das ciências da saúde, caracterizando-o como: integral, em relação à unidade de objetivos para realizar a saúde como função biológica e social; multidisciplinar, no sentido de que analisa os fenômenos normais e patológicos do indivíduo e das comunidades com o aporte simultâneo e sistematizado dos princípios e técnicas que explicam sua origem e concorrem para a prevenção ou cura quando assim procede; e multiprofissional, porque procura preparar e capacitar os profissionais e técnicos de saúde em um processo gradual que articula as ciências básicas, clínicas e sociais.

Uma das funções da Opas que adquiriu importância no transcurso do tempo tem sido o diagnóstico. Essa função define os problemas da área e recolhe a informação básica indispensável para um planejamento correto das ações nesse campo. O estudo apresentado neste livro é ilustrativo dessa função. Iniciado em 1967 com o objetivo de avaliar o ensino dos aspectos preventivos e sociais da medicina na América Latina, expandiu seu alcance até cobrir a análise de todo o processo de formação de médicos e sua conexão com a prática médica e a estrutura social. Dado que o interesse da organização não é estritamente acadêmico, os resultados desta e de outras investigações que tem realizado ou promovido servem de base ao estabelecimento de políticas e normas na transformação da prestação de serviços de saúde. Assim, o estudo sobre a educação médica na América Latina, descrito neste volume, constituiu um dos elementos no estabelecimento das metas nesta década e na proposição de estratégias recomendadas pela III Reunião de Ministros de Saúde. O estudo permitiu, além desse aspecto

prático e de ação, iniciar a elaboração de um esquema teórico distinto do que atualmente predomina no campo da educação médica. Nesse sentido, a obra adquire um caráter polêmico, cumprindo assim com outra função da organização: iniciar e estimular a adoção de novos enfoques teóricos no campo da formação de profissionais de saúde.

Dr. Ramón Villarreal
Chefe do Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Opas

INTRODUÇÃO

CAPÍTULO 1

ANÁLISE DA EDUCAÇÃO MÉDICA NA AMÉRICA LATINA

Os estudos sobre educação médica têm uma larga tradição, pois existem investigações tanto a nível nacional como internacional. Na América Latina foram realizados alguns estudos comparativos, tais como o de ensino de pediatria em 1955 e o das ciências básicas em 1956-1957, porém até agora não havia sido feito nenhum estudo que abarcasse o ensino médico em sua totalidade. A presente análise trata de preencher esse vazio, ainda que nem teórica nem empiricamente pretenda ser um trabalho acabado.

Não obstante as experiências acumuladas, não parece existir consenso quanto à metodologia que deve ser utilizada neste tipo de estudo e, o que é mais importante, o tipo de esquema teórico necessário para a interpretação dos dados. Por isso, esses dois aspectos serão examinados com certo detalhe, depois de uma breve revisão sobre os antecedentes do estudo.

ANTECEDENTES

Existe na América Latina certa preocupação e grande interesse pelo aperfeiçoamento, mudança e inovação do ensino da medicina preventiva e social, tendo sido feitas várias tentativas para melhorar os níveis de ensino nesses aspectos. Com essa finalidade, a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) organizou dois seminários, um que ocorreu no Chile em 1955 e outro no México em 1956, ambos com a participação de quase todas as escolas de medicina do continente.

Desde então, tanto a Opas como outras instituições internacionais continuaram ajudando as escolas médicas e promovendo seu interesse nesse sentido. Entretanto, até então, nenhuma avaliação havia sido feita sobre as atividades que

poderiam influenciar as escolas de medicina, nem se conhecia com exatidão o ensino da medicina preventiva e social nessas escolas.

As razões expostas e o desejo da Opas de seguir colaborando com as escolas de medicina levaram seu diretor a convidar um grupo de especialistas para aconselhar a organização acerca dos princípios e técnicas aplicáveis para se estudar o ensino da medicina preventiva e social na América Latina, conforme as recomendações formuladas pelos dois seminários mencionados. Esse grupo de especialistas, integrado pelos doutores Gustavo Molina, Carlos Luis González, Myron Wegman, Maurice Backett, José Pedreira de Freitas e Jaime G. Roney Jr., reuniu-se em Washington, D.C., em dezembro de 1964. Como resultado de suas deliberações, o grupo recomendou a realização de um estudo sobre o ensino da medicina preventiva e social que servisse de marco de referência para a organização, de modo que esta pudesse estruturar melhor suas ações nesse campo.

Uma vez preparado o desenho da investigação, que foi testado em 15 escolas de medicina da América Latina, o Comitê Assessor se reuniu novamente em Washington, D.C., em março de 1967, e aprovou duas inovações no projeto original, quais sejam: a) a escolha por um desenho explicativo em vez de descritivo; e b) a investigação da educação médica com ênfase no ensino da medicina preventiva e social, ao invés de uma investigação exclusiva nesta disciplina.

A coleta dos dados foi realizada no final de 1967 e início de 1968, sendo que na maioria dos países se contou com a valiosa ajuda das associações nacionais de faculdades de medicina. Assim, foram selecionados e treinados os seguintes doutores colaboradores, que utilizaram questionários desenhados e aprovados pelo Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Opas: Marbel Munist e José Maria Paganini (Argentina), Orlando Montero Vaca (Bolívia), Guilherme Abath, Celia Lúcia Monteiro de Castro, Hésio Cordeiro, Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão e Guilherme Rodrigues da Silva (Brasil), Tito Chang Peña (América Central e Panamá), Alfredo Hidalgo e Célia Lúcia Monteiro de Castro (Chile), Raúl Paredes Manrique (Colômbia), Miguel Márquez (Equador), Víctor Laroche e Raoul Pierre-Louis (Haiti), Miguel Gueri (Jamaica), José Alvarez Manilla (México), Raúl P. Avila (Paraguai), Mario León e Luis Angel Ugarte (Peru), Miguel Márquez (República Dominicana), Obdulia Ebole (Uruguai) e Edgar Muñoz e Carlos Luis González (Venezuela).

ASPECTOS TEÓRICOS

O ensino dos aspectos preventivos e sociais da medicina constituía inicialmente o objetivo principal do presente estudo, porém, depois de uma investigação exploratória, tornou-se evidente que esse aspecto era apenas uma parte do plano de estudos.[1] Considerando que o plano de estudos contempla um conjunto de elementos distribuídos segundo uma organização que determina a função de cada componente dentro da totalidade, o ensino da medicina preventiva e social não poderia ser compreendido sem a análise do plano de estudos e do processo de ensino. Daí que a educação médica passou a constituir o objeto fundamental de análise.[2]

Entendemos por ***educação médica*** o processo de produção de médicos.

O processo de produção de médicos constitui o conceito básico da teoria adotada na presente análise.[3] A educação médica não é, no entanto, um processo isolado, já que se encontra subordinada à estrutura econômica predominante na sociedade na qual se desenvolve. A análise dessa influência é exposta ao tratar cada um dos elementos que integram o processo estudado.

Na educação médica devem ser destacadas duas características: a) sua relação com outros processos, em especial com o trabalho médico, e b) a existência de dois níveis, um dos quais, o modo de produzir médicos, determina o outro: a ordem institucional da educação médica.

A relação entre a educação e o trabalho médico variou historicamente. Assim, antes da criação das universidades medievais, as pessoas que desejavam estudar medicina apenas podiam fazê-lo trabalhando como discípulos-ajudantes ou aprendizes de um médico.[4] Nesse modo de produzir médicos, a aprendizagem e o trabalho se encontravam intimamente relacionados.

Durante a Idade Média, para a medicina, e no século XVIII, para a cirurgia, ocorreu uma mudança que perdura até nossos dias, que é a separação entre a educação médica e o trabalho médico. Essa separação se originou com a divisão do trabalho em manual e intelectual, a qual transforma o discípulo-ajudante em uma categoria social cuja tarefa fundamental é a aprendizagem sem intervenção alguma na solução dos problemas de saúde da população. A prática que o estudante realiza nessa situação é vista como uma experiência pedagógica, e não como uma contribuição para a transformação da realidade no setor da saúde.

A categoria "estudante" implica uma série de concessões com relação a outros grupos da sociedade, como, por exemplo, eximir-se de realizar um tra-

balho produtivo. Essa dissociação entre estudo e trabalho constitui um dos problemas mais importantes da educação médica atual, e sua superação, junto com mudanças nas relações de ensino, levará a profundas transformações na formação de médicos.

O modo como se formam os médicos gera formas particulares de organização. Em outras palavras, as características da ordem institucional da educação médica emergem do processo de produção de médicos. Em consequência, podem-se distinguir dois níveis: um, o modo de formação do médico, e o outro, a ordem institucional. Exemplos do primeiro são: 1) o médico se forma trabalhando como empregado ou ajudante de um médico, sendo a aprendizagem o resultado da participação no exercício prático da profissão, e 2) o médico se forma em grupos, separado do trabalho médico e dedicado exclusivamente a estudar. Este último modo de produção de médicos é característico de nossa época, e sua forma particular de organização é a escola de medicina com uma estrutura administrativa e um sistema de governo separado das instituições de atenção médica.

Dado que o modo de formar médicos determina a ordem institucional, é de se esperar que mudanças no primeiro levem a transformações substanciais da forma de organização da educação médica. No entanto, em algumas circunstâncias, uma determinada organização ou superestrutura da educação médica pode impedir a passagem de um modo de formação de médicos a outro. Esse parece ser o caso em alguns países latino-americanos onde esforços para incorporar o estudante ao sistema de serviços de saúde chocam com a resistência das atuais estruturas das escolas de medicina.

A análise do modo atual de formação de médicos na América Latina requer um esquema teórico que leve em conta os aspectos descritos anteriormente. É por isso que os conceitos que integram a teoria adotada destacam a separação que há entre estudo e trabalho e a existência de dois níveis na estrutura educacional.

No processo de formação de médicos entram dois componentes inseparáveis: a) o processo de ensino e b) as relações de ensino.

Processo de ensino é o conjunto de etapas sucessivas pelas quais o estudante passa para se transformar em médico, podendo-se distinguir, nesse processo, as atividades, os meios e os objetos de ensino.

A transformação de um estudante em médico supõe uma atividade humana específica que se denomina "atividade de ensino": sua execução requer certos meios materiais, e a forma como se desenvolve inclui "métodos e técnicas de ensino".

A atividade de ensino adota duas formas: a) as que são realizadas pelos professores e b) as que são realizadas pelo estudante. A transformação do estudante pode ocorrer, no entanto, apenas com a atividade do aluno – como é o caso dos autodidatas – e depende do desenvolvimento dos materiais de ensino. O aperfeiçoamento das máquinas de ensino poderia minimizar a intervenção dos docentes, salvo na programação dos mencionados instrumentos.[5] O terceiro elemento que intervém no processo de ensino é o objeto da transformação, quer dizer, o aluno, que ao mesmo tempo é um agente ativo de sua própria transformação.

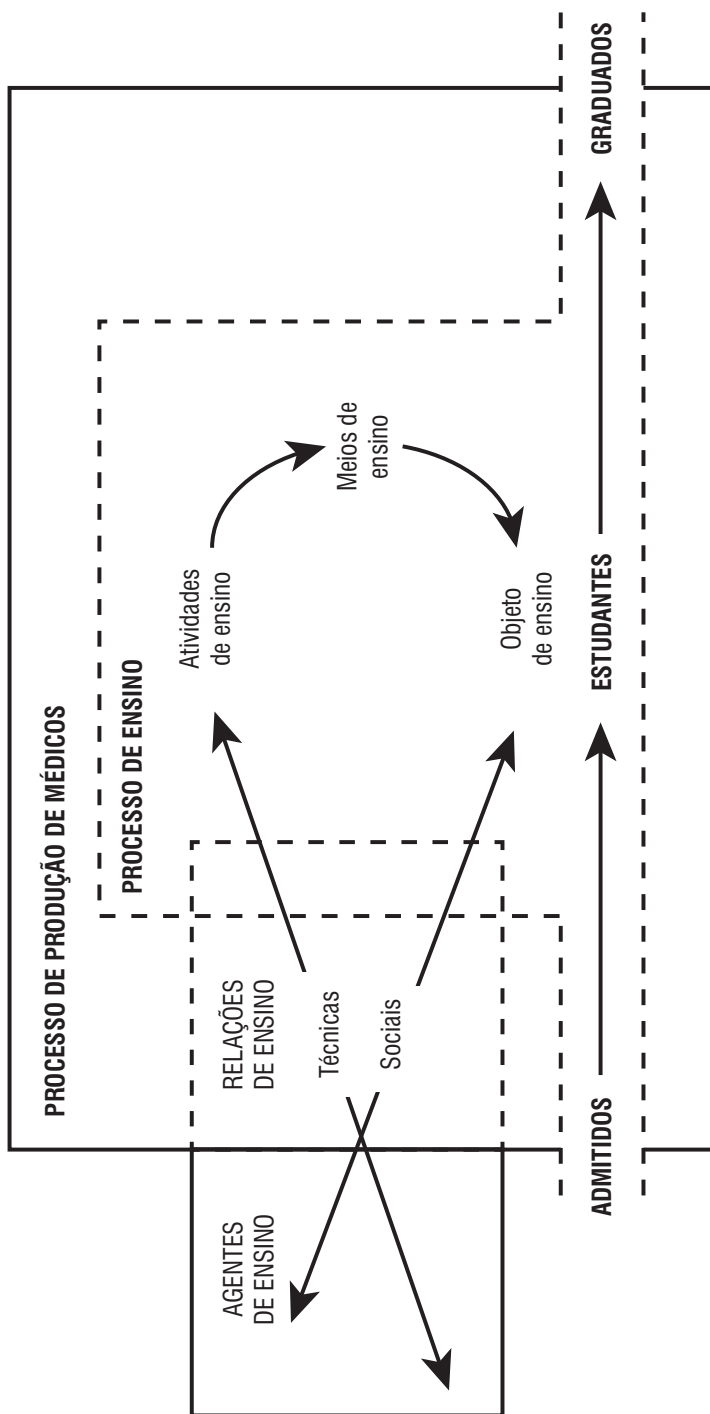
Relações de ensino são as conexões ou vínculos que se estabelecem entre as pessoas que participam no processo de produção de médicos. São resultantes do papel que esses indivíduos jogam no ensino médico.

No processo de formação de médicos se estabelecem as seguintes relações ou vínculos: a) entre os agentes do ensino e o processo de ensino e b) entre as diversas categorias em que se dividem os agentes de ensino.

As relações mencionadas podem ser estudadas sob diferentes ângulos, porém neste estudo apenas são consideradas as que se produzem na dimensão domínio-submissão, como resultado da posição ocupada por cada participante no processo de formação de médicos. Assim, na relação entre os agentes e o processo de ensino – denominado relações técnicas –, estuda-se o grau de controle que têm, por exemplo, os professores sobre o processo. Nas relações entre os indivíduos que desempenham diferentes papéis, estuda-se o grau de poder e autoridade que têm uns sobre os outros.

Agentes do ensino são os indivíduos que participam da educação médica e ocupam uma determinada posição nela.

Os agentes do ensino variam de acordo com a forma como se realiza a produção de médicos; na atualidade o professor universitário é o mais característico deles. O estudante de medicina também é considerado como um dos agentes do processo, porém sua posição relativamente dependente nas atuais formas de ensino o define mais como objeto do que como sujeito da ação.

PROCESSO DE PRODUÇÃO DE MÉDICOS
PROCESSO DE ENSINO
Atividades de ensino
Meios de ensino
Objeto de ensino
RELAÇÕES DE ENSINO
Técnicas
Sociais
AGENTES DE ENSINO
ADMITIDOS
ESTUDANTES
GRADUADOS

Os conceitos definidos e suas inter-relações constituem o marco teórico que estrutura a apresentação dos resultados da investigação sobre a educação médica na América Latina.

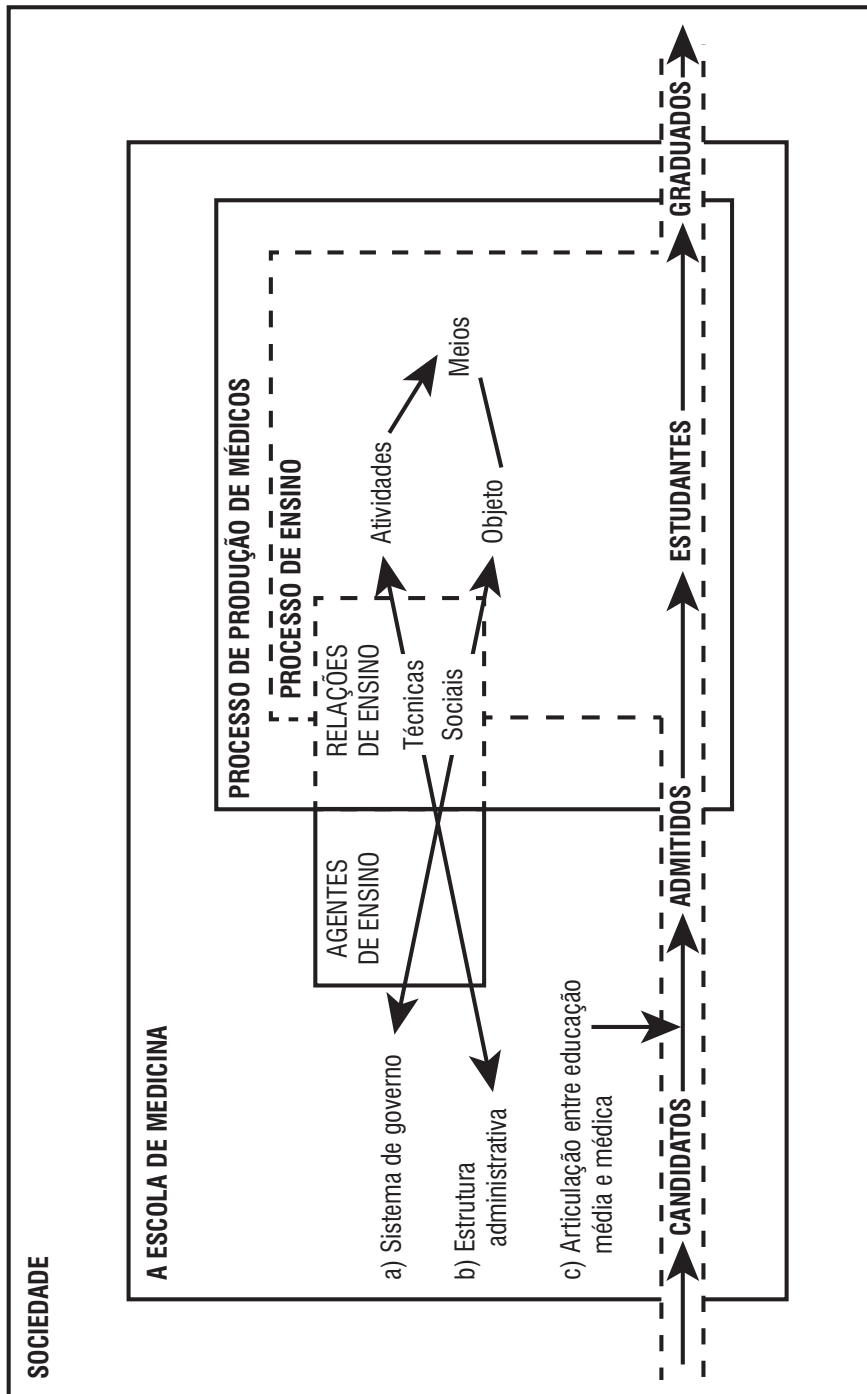
No esquema 1, na página 64, não se inclui a unidade "escola de medicina", que é a forma institucional do atual modo de produção de médicos. A escola de medicina e suas características internas, tais como seu sistema de governo, sua estrutura administrativa e a articulação que estabelece com a educação secundária, emergem, como se expressou anteriormente, do processo de ensino e das relações que nele se produzem.

Essa afirmação não implica o desconhecimento da influência que as características da escola possam ter, ainda que de forma limitada, sobre o processo de produção de médicos. É possível que as mudanças produzidas no processo de ensino pelo desenvolvimento das ciências educacionais possam ser temporalmente adiadas porque a estrutura interna das escolas não permite sua aplicação. Assim sucedeu, por exemplo, com o chamado ensino criativo, no qual o professor desempenha o papel de "conselheiro" ou "especialista" e, em consequência, desaparece a diferença de poder entre o pessoal docente e os estudantes. Ainda que esse método de ensino pudesse acelerar o processo de aprendizagem, não foi possível aplicá-lo, porquanto a estrutura das escolas de medicina, que se baseiam em uma hierarquia de autoridade à qual o aluno está subordinado, impede que isso aconteça.

A forma institucional que um determinado modo de produção de médicos adquire constitui a superestrutura do processo, e as relações de ensino, sua infraestrutura.

Agregando ao esquema proposto a análise da "unidade escola" e suas características, completa-se o marco teórico geral que orienta o presente trabalho.

Conforme o esquema 2 (página 66), a apresentação dos resultados da investigação se inicia com o processo de ensino, continua com as relações e agentes de ensino e termina com as características da escola de medicina. A estrutura econômica da sociedade domina toda a análise da educação médica, não permitindo, portanto, a elaboração de um capítulo especial que indique sua influência sobre o processo de produção de médicos.

SOCIEDADE
A ESCOLA DE MEDICINA
PROCESSO DE PRODUÇÃO DE MÉDICOS
PROCESSO DE ENSINO
AGENTES DE ENSINO
RELAÇÕES DE ENSINO
a) Sistema de governo
Técnicas
Atividades
Sociais
Meios
b) Estrutura administrativa
Objeto
c) Articulação entre educação média e médica
CANDIDATOS
ADMITIDOS
ESTUDANTES
GRADUADOS

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O desenho escolhido para a investigação não corresponde a um tipo determinado, já que foram utilizadas diversas técnicas e métodos de coleta e análise da informação.

Para facilitar a coleta dos dados, o estudo se dividiu em duas grandes áreas: a) as características da educação médica, que incluiu o ensino da medicina preventiva, e b) as atitudes e comportamentos dos estudantes de medicina. Para obter a informação sobre as características da educação médica, dois questionários-guia foram elaborados e aplicados a todas as escolas existentes, em 1967, na América Latina. Um dos questionários tratava das escolas de medicina e do plano de estudos, e o outro, do ensino da medicina preventiva e social. Em ambos se definiam os conceitos que se desejava medir e se indicavam as fontes nas quais o entrevistador podia obter a informação. Completaram os questionários duas fontes principais: a informação proporcionada pelas autoridades e pelo pessoal docente das escolas e a obtida nos registros e documentos oficiais.

Antes da sua aplicação definitiva, os questionários foram testados em 15 escolas de medicina da América Latina e foram modificados de acordo com a experiência adquirida. Sua aplicação foi realizada por profissionais médicos pertencentes, em sua maioria, às associações nacionais de escolas de medicina, que permaneceram em média uma semana em cada escola, antecedida de treinamento prévio no manejo dos referidos questionários. Foram poucos os casos em que os professores das escolas serviram como entrevistadores.

A avaliação do grau de confiabilidade da informação constituiu uma das preocupações constantes do estudo, sendo que em algumas das escolas foi quase impossível de determinar. A informação sobre o número de horas por aluno, por exemplo, proporcionada pelas autoridades das escolas, nem sempre foi possível controlar, devido ao tempo e custo que isso significaria. Para suprir essa falta foram feitos estudos minuciosos em 15 das escolas pesquisadas, encontrando-se pouca diferença entre as diversas fontes de informação. A escola de medicina se constituiu na unidade de coleta de informação selecionada, e o estudo abarcou todas as existentes na América Latina e nos países do Caribe no ano de 1967 (Apêndice A).

O número de escolas analisadas variou segundo o tema. Assim, no estudo do currículo e do ensino de medicina preventiva e social foram analisadas 100 escolas, todas com curso completo. Na análise da articulação entre o ensino médio e superior foram incluídas todas as escolas, tivessem ou não seus cursos completos.

Foram consideradas diferentes escolas, segundo o tema analisado, para poder dispor de unidades comparáveis.

A informação básica obtida pelos entrevistadores por intermédio dos questionários-guia foi completada posteriormente com a existente em estudos locais, nacionais e internacionais e com a obtida por comunicação pessoal e mediante entrevistas com numerosos educadores na América Latina.

A informação para a análise histórica de cada tema, que constitui uma parte importante deste trabalho, foi obtida consultando-se publicações especializadas e pessoas que haviam participado dos acontecimentos que interessavam. Nesse aspecto, cabe assinalar a carência de estudos históricos sobre a difusão de certas práticas e ideias e, por outro lado, a abundância de relatos historiográficos.

A maioria dos dados apresentados corresponde ao período escolar 1967-1968, ainda que em alguns casos tenha sido possível atualizá-los e fazer referência às mudanças mais importantes ocorridas desde o encerramento da coleta de dados até o fechamento da publicação.

Uma análise da educação médica não seria completa sem a inclusão do estudo das atitudes e comportamentos dos estudantes frente ao processo de ensino. A impossibilidade de entrevistar todos os estudantes de medicina da América Latina levou a se escolher uma amostra de escolas. Dada a dificuldade de obter, por razões técnicas e financeiras, uma amostra representativa e porque o interesse primordial do estudo era a análise comparativa, decidiu-se selecionar seis escolas em diferentes países na América Latina e aplicou-se um questionário a todos os estudantes inscritos em cada uma delas (Apêndice B).

As escolas foram selecionadas de acordo com o tipo de ensino de medicina preventiva ministrado, pelo fato de isso ser de interesse central para o estudo global, diferindo quanto ao tamanho da cidade onde se encontravam, o número de alunos, a composição econômica e social dos alunos, a existência e o tipo de seleção, os requisitos educacionais para ingressar no curso médico e o grau de aceitação da pesquisa por parte das autoridades. As variações mencionadas e outras dificultam a obtenção de resultados similares, de modo que, caso encontradas, aumentariam o grau de corroboração das hipóteses.

Na coleta de dados foi utilizado um questionário autoadministrado, que os estudantes preencheram, em grupos de 30 a 40, na presença de um investigador encarregado de esclarecer dúvidas e controlar qualquer comunicação entre os entrevistados. Foram convocados todos os alunos inscritos em cada escola selecionada, e o nível de rejeição foi baixo, sendo seu valor máximo de 5%, em apenas uma escola.

NOTAS

1 A expressão "plano de estudos" corresponde, no Brasil, ao que se denomina correntemente "projeto político-pedagógico", ou simplesmente "projeto pedagógico", ou ainda "currículo" de um determinado curso. Optamos, entretanto, por manter o termo original utilizado pelo autor, "plano de estudos", entendido como a explicitação do conjunto sequencial de disciplinas e atividades a serem realizadas pelo estudante, ou seja, as distintas disciplinas ou componentes curriculares de natureza teórica, teórico-prática e prática, bem como as atividades complementares (N. T.).

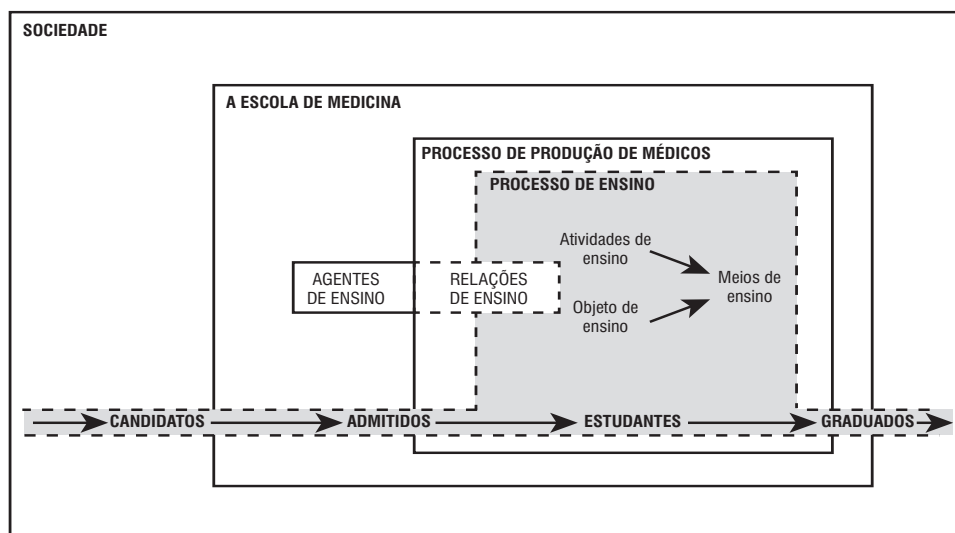
2 Uma vez estabelecido o objeto de estudo, foi definida uma série de perguntas, das quais a mais importante é a que se refere ao marco teórico que guiaria a coleta e análise da informação. Partiu-se do princípio de que toda investigação, seja qual for sua designação e alcance, requer um corpo teórico. Em educação, vários enfoques divergentes disputam a explicação dos fenômenos que se observam no processo de ensino; na maioria das investigações e ensaios predomina a corrente "funcionalista".

3 Três enfoques teóricos disputam a explicação das características da educação médica e diferem na interpretação dos fenômenos na eleição dos temas que estudam, nos problemas que analisam e nas soluções que propõem. As três correntes teóricas mencionadas são: a) as relações humanas; b) o funcionalismo; e c) o estruturalismo. A *teoria das relações humanas* atribui importância às relações que se estabelecem entre os indivíduos no processo de ensino. Segundo esse enfoque, a melhoria das relações humanas facilitaria o processo de aprendizagem e, por conseguinte, os traços de personalidade, sendo que as características da comunicação entre professor e aluno constituiriam os temas de estudo e as áreas em que deveriam se concentrar as ações para melhorar a educação médica. O livro do dr. Edward M. Bridge, *Pedagogia médica* (Organização Pan-Americana de Saúde, Publicação Científica, n. 122, 1965), constitui um exemplo de análise da educação médica orientada por essa teoria. A *teoria funcionalista,* na qual é central o conceito de "sistema" e que dominou a explicação dos fenômenos biológicos, constitui uma das correntes mais importantes nas ciências sociais e é a base conceitual da cibernética. O enfoque funcionalista tem sido alvo de profundas críticas, sobretudo nas ciências sociais, por suas limitações para explicar a mudança e por conferir ênfase aos fatores que conservam o sistema. Assim, os conceitos de integração, homeostase, adaptação e marginalidade correspondem a essa teoria e implicam que o sistema tende naturalmente a manter-se em seu estado inicial. Na análise se faz uso preferencialmente de certos tipos de determinação, tais como "a multicausalidade", "a causalidade circular" e a "interdependência", e se trata de diminuir a importância da causalidade na determinação de alguns fenômenos. Com respeito a isso, Mario Bunge assinala que "A principal insuficiência do funcionalismo reside no seu desconhecimento do caráter produtivo, genético, da determinação. Ademais, se aplicado de modo consequente, o funcionalismo conduz a concepção de que o universo inteiro se reduz a uma confusão inanalisável, composto de uma infinidade de fatores, todos em pé de igualdade". (*Causality* – The Place of the Causal Principle in Modern Science. Cambridge: Harvard University Press, 1959. p. 110) Uma revisão das ideias básicas do funcionalismo pode ser encontrada no artigo "Sociology", de P. F. Lazarsfeld, em *Main Trends in Research in the Social and Human Sciences* (Paris, 1970). Aplicações do enfoque funcionalista na análise da educação podem ser encontradas em: BARTON, Allen H.: "The college as a social organization", em "The behavioral Sciences and Education. New Jersey: College Entrance Examination Board, Pricetown, 1963. A teoria estruturalista é a que adotamos na análise da educação médica, e sua exposição se faz no transcorrer dos diferentes capítulos do livro.

4 Lycurgo Santos Filho descreve em seu livro *A história da medicina no Brasil* (São Paulo: Ed. Brasiliense, 1947) o modo de formação de cirurgiões nos séculos XVI, XVII e XVIII e no princípio do XIX na seguinte forma: "Todo aquele que em Portugal ou Brasil quisesse aprender cirurgia, poderia fazê-lo

por duas maneiras: a) entrar, como discípulo-ajudante, para o serviço de um cirurgião; b) ingressar em um hospital onde se fizesse e ensinasse a cirurgia. Contando 13 ou 14 anos de idade, sabendo ou não ler, escrever e contar, o jovem ajustava-se como empregado e ajudante de um cirurgião passando a residir em casa do Mestre. Este, no exercício de sua profissão, ensinava praticamente ao aprendiz como reduzir luxações, tratar fraturas etc. Em dois, três, cinco ou dez anos, fazia-se o aprendizado com o 'Professor de Cirurgia'. O aprendiz de cirurgia, munido do atestado comprobatório de aptidão, fornecido pelo Mestre, submetia-se a: a) exame perante o juiz do ofício, que concedia carta para exercer a cirurgia, em nome da Câmara; a carta era assinada pelo presidente do Senado da Câmara (séculos XVI e XVII); b) exame perante o comissário ou delegado do cirurgião-mor do Reino (séculos XVII e XVIII); c) exame perante o comissário ou delegado da Real Junta de Protomedicato (séculos XVIII e XIX). Geralmente bem-sucedido no exame, o aprendiz assumia o título de cirurgião e recebia licença para exercer o ofício".

5 B. F. Skinner analisa as implicações e vantagens das máquinas de ensino em seu artigo intitulado "Why we need teaching machines" (*Harvard Educational Review*, Cambridge, v. 31, n. 4, 1961). Skinner diz que: "Pesquisas exploratórias em escolas e faculdades indicam que o que agora é ensinado pelo professor, livro didático, palestra ou filme pode ser ensinado na metade do tempo com metade do esforço por uma máquina do tipo geral" e agrega mais adiante: "[...] Não menos importante para explicar o sucesso das máquinas de ensino é o fato de que cada aluno é livre para prosseguir em seu próprio ritmo. Manter os alunos juntos para fins de instrução em uma aula é provavelmente a maior fonte de ineficiência na educação".

PRIMEIRA PARTE

O processo de ensino é o conjunto de etapas sucessivas mediante as quais o estudante se transforma em médico. A transformação é produzida tanto na área cognitiva quanto nas afetivas e psicomotoras.

A pedagogia idealista separa a transformação na área cognitiva da transformação na afetiva, quando distingue a "informação" da "formação". Esse enfoque conduz à crença, comum em muitas escolas de medicina, de que é possível transmitir conhecimentos isentos de juízos de valor e que o estudante pode assimilá-los sem os relacionar e integrar com sua perspectiva ideológica.

A transformação de um estudante em um médico supõe: a) uma determinada atividade humana que será denominada de atividade de ensino; b) a utilização de materiais de ensino; c) o objeto da transformação.

As *atividades de ensino* podem ser de dois tipos: a) as que são realizadas pelo pessoal docente; b) as que são realizadas pelo estudante.

As atividades do pessoal docente são medidas pelo número de horas dedicadas ao ensino (horas docente), como, por exemplo, horas dedicadas a aulas teóricas, horas de supervisão de trabalho

prático, horas de orientação proporcionada aos estudantes etc., e se expressam no chamado "plano de ensino".[1]

O "plano de estudos", por sua vez, expressa as atividades realizadas pelo estudante para se transformar em médico, que são medidas pelo número de horas-aluno, segundo tipo de atividade e área de ensino, como, por exemplo, horas de aulas teóricas de fisiologia recebidas, horas de trabalhos práticos de anatomia realizadas etc.

Em geral o número de horas docentes não coincide com o número de horas por aluno, pela necessidade de se dividir o grande número de estudantes em pequenos grupos, de maneira que cada um possa receber o mesmo ensino por parte do pessoal docente.

O presente trabalho se limita a analisar o plano de estudos, isto é, as atividades realizadas pelos estudantes, ainda que, em certos momentos, faça referência às atividades dos docentes, as quais são analisadas parcialmente no capítulo sobre "pessoal docente". A forma como as atividades são realizadas, ou seja, a metodologia de ensino, pode ser classificada em dois grandes grupos: a) as atividades teóricas, nas quais o estudante recebe passivamente o ensino, incluindo as aulas magistrais e as demonstrações; e b) as práticas, nas quais o estudante participa ativamente do processo de ensino, incluindo trabalhos em laboratório, seminários etc.

É preciso deixar claro que o plano de estudos não evidencia todas as atividades que o estudante realiza, pois em muitas escolas a atividade informal, como, por exemplo, a que é realizada em serviços de emergência, representa um número considerável de horas; a dificuldade de determinar tanto a quantidade quanto a qualidade desse ensino informal impede que seja incluído no presente estudo.

Além do capítulo "Plano de estudos", dedicamos um capítulo ao "Ensino da medicina preventiva e social", devido à importância desse aspecto na formação do médico e também porque representa o núcleo mais importante da investigação.

Os *meios de ensino* constituem os instrumentos utilizados na transformação do estudante em médico e, em sua acepção mais ampla, incluem todas as condições materiais que tornam possível o processo de ensino. A falta de informação e a baixa priori-

dade concedida a esse aspecto na coleta de dados impossibilitam, lamentavelmente, uma análise aprofundada desse aspecto, e este, portanto, não foi incluído no trabalho.

O *objeto do ensino* é o estudante de medicina, cuja transformação se pretende alcançar mediante as atividades de ensino. O estudante é, ao mesmo tempo, objeto e sujeito das atividades de ensino, sendo difícil separar esses dois aspectos no estudo, apesar do processo de ensino atual colocar o estudante mais na situação de objeto do que de sujeito.

No capítulo 4 analisam-se os diversos momentos e condições que o estudante percorre no processo de ensino, quais sejam: candidato (postulante), admitido (ingresso), matriculado e graduado. É aqui que se observa mais nitidamente a influência dos fatores sociais no processo de produção de médicos, porque o estudante que aspira ingressar na carreira médica passa por uma seleção que é influenciada pela sua condição socioeconômica e traz consigo atitudes e interesses que são produtos da posição que ocupa na estrutura da sociedade em que vive.

NOTA

1 No Brasil, "plano de ensino" pode ser traduzido como programa da disciplina ou do componente curricular (N. T.).

CAPÍTULO 2

ATIVIDADES DE ENSINO
o plano de estudos

Para se obter o título de médico na América Latina, incluídos os ciclos escolares prévios, é necessário um tempo mínimo de 16 a 20 anos de estudo. Observam-se variações tanto entre os distintos países quanto dentro de cada país (Quadro 1).

O tempo oficialmente necessário em cada escola pode prolongar-se pela passagem do estudante nos diversos níveis educacionais. Dentro dos referidos 16 a 20 anos podem se distinguir as seguintes etapas ou ciclos: ciclo primário, ciclo secundário, estudos gerais preparatórios ao curso médico, o curso médico propriamente dito e o internato.[1]

Os estudos médicos propriamente ditos e o internato[2] são tratados neste capítulo sob o nome de plano de estudos, sendo que os estudos gerais e preparatórios ao curso médico são tratados no capítulo sobre a articulação entre o ensino médio e a formação médica propriamente dita.

ANÁLISE ESTRUTURAL

O plano de estudos pode ser definido como a distribuição e o ordenamento das atividades que o estudante deve realizar com a finalidade de alcançar objetivos previamente estabelecidos.

Toda análise de um plano de estudos deveria começar, portanto, com os estudos dos objetivos a serem alcançados, nesse caso os objetivos da educação médica. Esses objetivos se encontram apresentados, de modo geral, nos regimentos das escolas, no capítulo das finalidades, expressadas genericamente e de forma vaga, como, por exemplo, "preparar profissionais para o exercício da medicina". Algumas instituições tratam de definir melhor tais objetivos, assinalando

algumas características do profissional que desejam formar, como no seguinte caso: "A finalidade do plano de estudos da universidade [...] *é formar médicos que sirvam às necessidades do país e que tenham preparação científica, técnica e social que os capacite para exercer e desenvolver sua profissão*".

Quadro 1. Número de escolas de medicina por países segundo anos requeridos para completar o curso médico, 1967-1968*

País	Número de escolas	Duração em anos				
		16	17	18	19	20
Argentina	9			4	5	
Bolívia	3				2	1
Brasil	31			31		
Colômbia	7			7		
Costa Rica	1			1		
Cuba	2			2		
Chile	3				3	
Equador	3					3
El Salvador	1				1	
Guatemala	1				1	
Haiti	1				1	
Honduras	1				1	
Jamaica	1				1	
México	21	1	13	7		
Nicarágua	1			1		
Panamá	1				1	
Paraguai	1			1		
Peru	4				4	
República Dominicana	1				1	
Uruguai	1			1		
Venezuela	6		6			
Total	100	1	19	55	21	4

* Foram incluídos os estudos primários, secundários, pré-médicos, gerais e médicos.

Nenhuma das escolas incluídas neste estudo apresenta objetivos mais específicos que os exemplos citados, mesmo quando a exposição sobre as finalidades do curso é extensa. Isso não é de se estranhar, porquanto a necessidade de fixar objetivos relacionados com a conduta terminal do profissional é um conhecimento muito recente entre os educadores médicos, uma vez que sua preparação pedagógica era, até muito pouco tempo atrás, bastante escassa.

Disso decorre que o plano de estudos das escolas de medicina seja o resultado do desenvolvimento histórico das diferentes disciplinas que compõem a medicina e de certas ideias gerais sobre o processo de aprendizagem. O primeiro aspecto apontado torna-se evidente quando se analisam os planos de estudos de diferentes épocas, como pode se visualizar no exemplo referente à Escola de Medicina da Universidade Central da Venezuela[3] (Quadro 2).

Quadro 2. Planos de estudo da Faculdade de Medicina da Universidade Central da Venezuela, 1827-1967

1827	1896	1936	1967
Primeiro ano			
Anatomia geral e descritiva Fisiologia	Física e química médicas Anatomia descritiva Exercícios práticos de histologia e bacteriologia	Anatomia humana descritiva Técnica anatômica Física e química médicas Histologia normal	Anatomia Histologia e embriologia Bioquímica
Segundo ano			
Anatomia geral e descritiva Fisiologia Higiene particular e pública	Anatomia descritiva Fisiologia experimental Exercício práticos de dissecção	Anatomia humana descritiva Técnica anatômica Fisiologia Anatomia topográfica História da medicina e deontologia	Anatomia e neuroanatomia Fisiologia e Biofísica Medicina preventiva e social Microbiologia Inglês
Terceiro ano			
Nosografia e patologia interna Nosografia e patologia externa	Patologia interna Patologia externa Exercícios práticos de medicina operatória	Patologia geral e fisiologia patológica Patologia cirúrgica Bacteriologia e parasitologia Técnica cirúrgica Clínica semiológica e propedêutica	Patologia e fisiopatologia Psicologia médica Parasitologia Medicina preventiva e social Semiologia Nosografia Cirurgia

1827	1896	1936	1967
		Quarto ano	
Terapêutica, matéria médica e farmácia Obstetrícia	Patologia interna Patologia externa Obstetrícia Clínicas	Patologia médica Patologia tropical Patologia cirúrgica Obstetrícia Anatomia patológica Clínica terapêutica cirúrgica	Farmacologia Anatomia patológica Medicina tropical Medicina Cirurgia Obstetrícia e ginecologia
		Quinto ano	
Química Botânica Clínica médica do hospital (para graduar-se em medicina) Clínica cirúrgica (para graduar-se em cirurgia)	Terapêutica e matéria médica Ginecologia e pediatria Antropologia Clínicas	Farmacologia Patologia médica Higiene e medicina social Clínica cirúrgica, clínica ginecológica e clínica oftalmológica Clínica médica, clínica cardiológica e clínica tisiológica Clínica pediátrica e puericultura	Medicina Cirurgia Pediatria e puericultura Obstetrícia e ginecologia Medicina preventiva social Medicina legal e deontologia
		Sexto ano	
Medicina legal Clínica médica do hospital (para graduar-se em medicina) Clínica cirúrgica (para graduar-se em cirurgia)	Higiene pública e privada Medicina legal e toxicologia História da medicina Clínicas	Terapêutica Medicina legal e toxicologia Clínica médica, clínica dermatológica, clínica sifilográfica, clínica eletro-radiológica, neurológica e psiquiatria Clínica cirúrgica, clínica traumatológica e ortopédica, clínica urológica, clínica otorrinolaringológica	Medicina Cirurgia Pediatria e puericultura História da medicina
Título outorgado: LICENCIADO OU DOUTOR EM MEDICINA OU CIRURGIA	DOUTOR EM MEDICINA E CIRURGIA	DOUTOR EM CIÊNCIAS MÉDICAS	DOUTOR EM CIÊNCIAS MÉDICAS
Número de matérias: 16	21	30	31

O plano de estudos das escolas de medicina latino-americanas, mesmo nos primeiros anos de sua independência, conservava algumas das características dos estudos coloniais, como, por exemplo, a separação entre medicina e cirurgia. Entretanto, nesse período foi delineada a estrutura do plano de estudos que dominou a educação médica durante os séculos XIX e XX até o presente momento, qual seja: a) duração de cinco a seis anos, segundo o país; b) unidades docentes representadas por disciplinas ou especialidades; c) divisão do plano em ciências básicas, ministradas durante os primeiros anos, e a aprendizagem da aplicação clínica nos últimos.

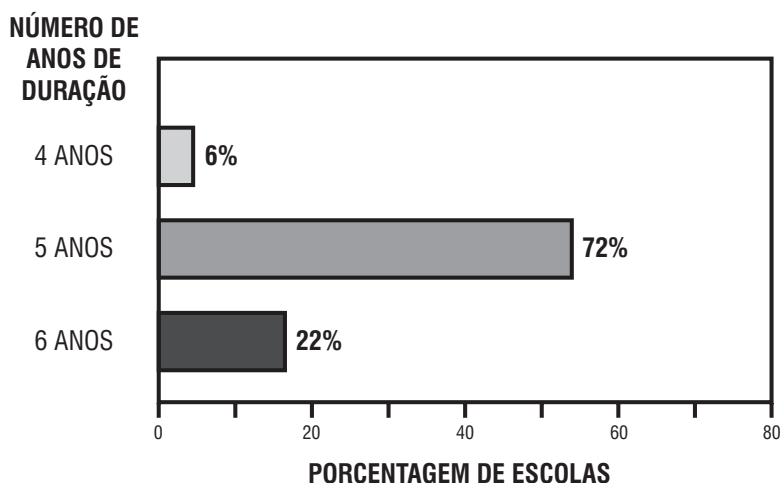
A partir dessa estrutura básica, o plano de estudos foi se transformando à medida que as ciências médicas e as especialidades progrediram. De fato, os grandes avanços da fisiologia com Claude Bernard, o da bacteriologia com Pasteur e Ehrlich, da patologia celular com Virchow e o da pediatria com Henoch, durante a segunda metade do século XIX, tiveram grande repercussão nas escolas de medicina, com a incorporação de todos esses conhecimentos nos planos de estudo como disciplinas que ampliam o número de componentes curriculares,[4] como pode ser observado no plano de estudos da Escola de Medicina da Universidade Central da Venezuela.

A invenção de instrumentos durante o século XIX tornou possível o desenvolvimento de várias especialidades médicas no começo do século XX,[5] a exemplo da oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia e radiologia. Essas e outras especialidades médicas foram incorporadas ao plano de estudos, como pode ser observado no currículo de 1936 da escola mencionada anteriormente. No mesmo plano de estudos, notam-se outras duas inovações: a incorporação da psiquiatria como componente curricular e a identificação clara de um ano intermediário entre as ciências básicas e as clínicas, agrupando as denominadas matérias pré-clínicas. O plano de estudos atual,[6] similar ao que é vigente na maioria das escolas da região, foi adotado em 1967; nele aparecem a medicina preventiva e social incorporada através de todo o curso e a psicologia médica como um dos componentes curriculares básicos.

Duração dos estudos médicos propriamente ditos

A duração dos estudos médicos propriamente ditos não mudou na maioria dos países em mais de um século, tendo aumentado, porém, em alguns países pela inclusão de anos de estudos pré-universitários e de internato.

O período de duração mais frequente do curso médico propriamente dito na América Latina é de cinco anos, aos quais se agrega um ano de internato nas escolas desse grupo, com exceção de uma escola (Figura 1).

Figura 1. Porcentagem de escolas com curso completo segundo a duração do curso médico

Das 22 escolas em que o curso dura seis anos, 12 não têm internato, enquanto todas as escolas com quatro anos de estudo têm internato. Portanto, levando em conta o internato, o período de duração dos estudos médicos na América Latina é de seis anos, número que é similar na maioria dos países do mundo.

Média de horas por aluno dos estudos médicos propriamente ditos

A média de horas por aluno dos estudos médicos propriamente ditos é de 5.267 nas escolas latino-americanas com curso completo. Entretanto, observa-se grande variação entre as escolas e cabe investigar em que medida essa variação reflete a diferença na duração do curso (Quadro 3).

Quadro 3. Média de horas de ensino por aluno segundo anos de duração do curso, 1967

Anos de duração do curso	Número de escolas	Média de horas-aluno	Desvio padrão
Quatro	6	5.423	573
Cinco	69	5.399	1.428
Seis	22	4.812	1.328
Total	97	5.267	1.390

Paradoxalmente, as escolas que têm um período mais prolongado de estudos médicos propriamente ditos são as que têm uma média menor de horas de estudo por aluno. Esses resultados, entretanto, são explicáveis ao levar-se em

conta que as escolas que requerem seis anos de estudo são de tamanho relativamente grande, com um número elevado de professores que dedicam tempo parcial a atividades de ensino programadas, que podem ser, portanto, computadas como carga horária do curso. Pode-se dizer que essas escolas representam o modelo tradicional de ensino, informação que é reforçada quando se considera que, das 22 escolas que compõem o grupo, 12 não têm internato, característica da escola de medicina "tradicional".

A pequena diferença na média de horas de ensino por aluno entre as escolas com quatro e cinco anos de duração dos estudos propriamente ditos é explicada pelo fato de as primeiras terem sofrido mudanças radicais em seu sistema, intensificando as horas de ensino programadas por aluno; geralmente são escolas pequenas, com alto número de professores de tempo integral. Essas escolas registram atividades docentes por mais de 36 semanas ao ano, fato pouco comum na América Latina.

Estas informações e considerações tendem a corroborar o que havíamos comentado a respeito da falta de relação entre a duração do período de estudos médicos e o número de horas de ensino no plano de estudos. Ainda que os alunos das escolas com poucas horas de ensino programado possam dedicar um número considerável de horas à aprendizagem informal, equiparando assim o número de horas por aluno oferecido nas outras escolas, esse aprendizado não programado pode induzir defeitos em sua formação, levando-se em conta que, em geral, esses alunos trabalham como ajudantes em salas de cirurgia e/ou enfermarias de hospitais, sem uma adequada orientação ou dirigidos a uma especialização.

Por outo lado, cabe aqui mencionar a atitude crítica de alguns educadores médicos que consideram que os planos de estudo com grande intensidade horária não permitiriam ao estudante interessar-se em aspectos desvinculados da medicina, ou não lhes sobraria tempo suficiente para assimilar criticamente muitos dos conhecimentos ministrados pelo pessoal docente. De fato, em muitas escolas com grande número de horas programadas, o aluno não tem uma participação ativa no ensino, e assim este se converte em uma série de aulas teóricas e exercícios práticos altamente estruturados que dificultam a criatividade e a iniciativa do aluno.

A informação disponível não nos permite confirmar se os profissionais que cursaram seis anos de estudo e os que tiveram mais horas de ensino são mais ou menos competentes que os que cursaram quatro anos ou que tiveram menos horas de ensino. Averiguar isso demandaria maiores investigações, a fim de

rejeitar ou confirmar os pressupostos que parecem haver orientado a educação médica até agora.

Critérios que definem as unidades do plano de estudos

A unidade do plano de estudos é o componente curricular, e este geralmente se agrupa em unidades maiores, que, por sua vez, formam conglomerados claramente distinguíveis: ciências médicas básicas, ciências pré-clínicas e disciplinas clínicas. Esses agrupamentos se distribuem de forma similar nos anos de estudo em todas as escolas investigadas, correspondendo as ciências básicas aos primeiros anos, os componentes pré-clínicos ao período intermediário e as matérias clínicas aos últimos anos do curso.

Os critérios que definem as unidades curriculares não estão suficientemente explicitados nos atuais planos de estudo e, em alguns casos, parecem não existir. Entretanto, quando se analisam algumas características dos componentes curriculares ou disciplinas, observam-se certos traços comuns que, consciente ou inconscientemente, parecem haver servido para definir o conteúdo da matéria e sua localização no plano de estudos.

Para reconhecer os critérios empregados para definir os componentes curriculares é preciso analisar certos elementos que intervêm no processo de cognição.

Os conhecimentos incluídos em uma disciplina ou componente curricular têm uma estrutura e uma determinada composição cuja unidade é o "conceito". Segundo Gorsky e Tavans (1968), todo conceito é um pensamento sobre as propriedades de um objeto e expressa um resultado, sendo, portanto, a soma do conhecimento científico sobre o objeto.

O conceito, independentemente de seu objeto, possui duas características básicas: conteúdo e extensão, e estas podem ser utilizadas para classificar as disciplinas ao considerar os conceitos centrais que as conformam.

Segundo sua extensão, os conceitos podem ser singulares e universais. O conceito é singular quando se refere a um único objeto, como, por exemplo, "o doente do leito 34". É universal quando não se refere a um único objeto, e sim a uma classe de objetos ou a qualquer objeto da referida classe, como, por exemplo, "pessoa enferma".

As disciplinas ou os componentes curriculares do plano de estudos podem ser classificados segundo o predomínio de conceitos singulares ou universais que sejam utilizados no processo de ensino. Assim, as matérias básicas, como fisiologia ou farmacologia, distinguem-se pelo uso de conceitos de grande generalidade; e as matérias clínicas, por exemplo, obstetrícia, pelo emprego de conceitos

de extensão muito limitada. As disciplinas ou os componentes curriculares também podem ser classificados de acordo com o grau de abstração dos conceitos que são utilizados mais frequentemente. Todo conceito surge da abstração de determinadas características de um objeto, e não existe, nem pode existir, um conceito que reflita todos os aspectos de um objeto. Os conceitos se diferenciam segundo o tipo de abstração utilizada em sua elaboração, e assim, quando a abstração destaca um dos aspectos do objeto e o toma como objeto de análise em si mesmo, surge o conceito "abstrato". Isso ocorre, por exemplo, quando na observação de um órgão alterado a inflamação é separada e tratada como um objeto de estudo independente.

"Quando a abstração, por outro lado, retira um grupo de características do objeto, não para examiná-las separadamente, e sim para definir, com isso, o próprio objeto do qual foram extraídos e para defini-lo precisamente como objeto, surge o conceito concreto".[7]

Ao examinar, por exemplo, uma célula, separamos os seus aspectos essenciais e a definimos enumerando esses aspectos, utilizando, assim, um conceito concreto. Algumas matérias empregam maior número de conceitos concretos que outras, e isso facilita a classificação das disciplinas em predominantemente concretas ou abstratas.

As características do conceito podem se combinar com outros critérios para formar um sistema de classificação das disciplinas. Esses critérios se referem às características do objeto de estudo e são: a) objeto normal ou patológico; b) aspecto estrutural ou funcional do objeto; c) aspecto orgânico ou psíquico; e d) objetos observáveis ao simples olhar (macro) ou mediante instrumentos especiais (micro) (Quadro 4).

Esse sistema classificatório não é exaustivo e suas categorias não são totalmente excludentes, porém permite descobrir os critérios mais importantes utilizados na definição e na localização da maioria das unidades nos atuais planos de estudo. Esses planos têm como objeto de estudo o ser humano e se dividem em duas categorias: geral e particular. A primeira se ensina nos primeiros anos do curso. Essa divisão nem sempre está justificada e se baseia na concepção de que, antes de tratar o particular, o estudante deve aprender o geral ou universal, crença que na realidade não tem base científica, já que, segundo algumas investigações educacionais empíricas, realizadas em campo, aprende-se melhor quando se passa do particular e concreto ao geral e abstrato.

Quadro 4. Classificação das matérias segundo critérios que as definem como unidades do plano de estudos

Critérios que definem unidades curriculares					Disciplina ou matéria
Grau de generalidade dos conceitos	**Objeto de estudo normal ou patológico**	**Grau de abstração dos conceitos**	**Objeto de estudo segundo aspecto estrutural ou funcional**	**Objeto de estudo segundo tamanho e essência**	
Geral	Normal	Abstrato			Biologia geral
		Concreto	Estrutura	Macro	Anatomia
				Micro	Histologia
			Função	Orgânica	Ciências Fisiológicas
				Psíquica	Psicologia
	Patológico	Abstrato			Patologia geral
		Concreto	Estrutura	Macro	Anatomia patológica
				Micro	Histopatologia
			Função	Orgânica	Fisiopatologia
				Psíquica	Psicopatologia
Singular	Normal	Abstrato			
		Concreto	Estrutura		
			Função		Higiene
	Patológico	Abstrato			Nosologia
		Concreto	Estrutura		Clínica cirúrgica
			Função	Orgânica	Clínica médica
				Psíquica	Psiquiatria

Se, efetivamente, a divisão do conhecimento em geral e particular não obedece a razões científicas, é necessário explicar por que na atualidade é amplamente aceita e por que tem determinado, em boa medida, o desenvolvimento da medicina.

A corrente de pensamento idealista parece ter influído no desenvolvimento do ensino médico, assim como sucedeu em outras áreas do conhecimento humano. "Não há dúvida", disse Benjamin Farrington,[8]

> de que o idealismo se apoia no estabelecimento e manutenção de uma barreira intransponível entre o universal e o particular. Porém isso não constitui toda a verdade nem todo o prejuízo. O idealismo se fundamenta também em uma premissa anterior e fundamental – e errada – de que a verdade é totalmente assunto de contemplação e não de prática.

O idealismo surge como resultado da divisão do trabalho em manual e intelectual, sendo que este último adquiriu grande prestígio social. Quando a medicina tenta elevar o seu prestígio, priva-se da atividade manual. Isso já se refletia nos planos de estudos das faculdades de medicina da universidade medieval, nas quais o ensino estava circunscrito à exposição de conhecimentos gerais e abstratos.

Quando o conhecimento concreto e singular é introduzido no ensino médico, depois de séculos de luta, é subdividido, por sua vez, em aspectos abstratos e concretos. A cirurgia é um exemplo desse processo: desenvolve-se fora da universidade e, quando é incorporada ao plano de estudos, divide-se em duas disciplinas, uma teórica – a patologia externa – e outra prática – operações ou técnicas cirúrgicas.[9] A patologia geral e, em menor grau, a medicina interna e a nosologia[10] são disciplinas herdeiras do ensino médico medieval, nas quais predominam conhecimentos gerais e abstratos com pouco ou nenhum contato com a prática. A incorporação das ciências naturais ao plano de estudos não faz mais do que aprofundar a separação já existente entre o geral e o particular, característica que impregna a educação médica na maioria das escolas do mundo; sua influência é tão forte que ainda hoje as escolas que tentaram uma integração do ensino não conseguiram superá-la.

A importância dada aos critérios mencionados para determinar as unidades curriculares explica também as dificuldades de incorporação dos aspectos preventivos e sociais e a adaptação pela qual passou o ensino dessa disciplina. Assim, a contribuição que a medicina preventiva pode ter feito ao integrar diversos conhecimentos se perde ao fragmentar-se em disciplinas do plano de estudos que seguem os critérios discutidos: as matérias básicas, como estatística e

ciências sociais nos primeiros anos, e as de caráter mais prático, como as medidas preventivas, nos últimos anos. As ciências sociais talvez sejam o exemplo mais patente desse processo de adaptação, pois seu ensino é eminentemente teórico geral e abstrato, concentrado nos primeiros anos, sem nenhum contato com a realidade.

Foram feitas tentativas de substituir os critérios atualmente utilizados para definir as unidades de ensino, ou seja, os componentes curriculares ou disciplinas, por outros que não contemplem separadamente os aspectos que os educadores médicos consideram importante no exercício da medicina. Um dos primeiros esforços nesse sentido foi o da Escola de Medicina de "Western Reserve", nos Estados Unidos.[11] Em 1952 essa escola iniciou uma mudança no seu plano de ensino com o propósito de alcançar a máxima integração dos distintos departamentos e das disciplinas clínicas e pré-clínicas através do planejamento e realização das atividades de ensino por equipes multidisciplinares.

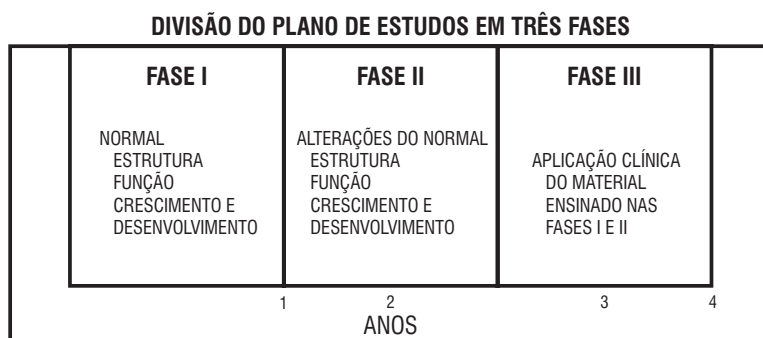
O modelo implantado por "Western Reserve" tem sido adotado por algumas das escolas de medicina latino-americanas, entre as quais a Universidade de São Carlos, na Guatemala, a Universidade Católica do Chile e a Universidade de Havana, em Cuba.

O programa de ensino da Escola de Medicina de "Western Reserve" está dividido em três fases: a primeira corresponde aos primeiros anos e está centrada no ensino da estrutura, função normal, crescimento e desenvolvimento do ser humano; a segunda gira em torno das alterações da estrutura, função, crescimento, desenvolvimento normal e ao estudo da enfermidade; a terceira corresponde à aplicação clínica do conhecimento aprendido nas duas primeiras (Figura 2).

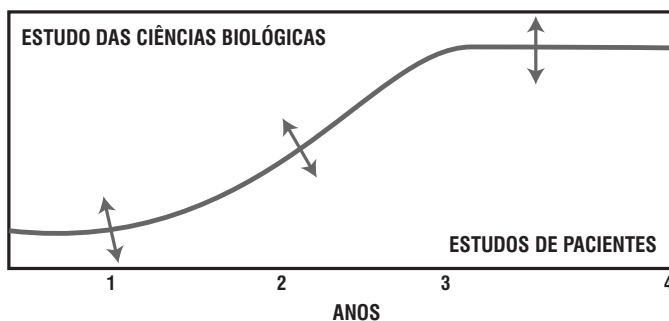
Figura 2. Representação gráfica do modelo de ensino utilizado na Escola de Medicina de "Western Reserve"

DIVISÃO DO PLANO DE ESTUDOS EM TRÊS FASES

FASE I	FASE II	FASE III
NORMAL ESTRUTURA FUNÇÃO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	ALTERAÇÕES DO NORMAL ESTRUTURA FUNÇÃO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	APLICAÇÃO CLÍNICA DO MATERIAL ENSINADO NAS FASES I E II

1 2 3 4

ANOS

O plano de "Western Reserve" compreende, além das inovações apontadas, o ensino da medicina preventiva integrada durante todo o currículo. O estudo do paciente começa nos primeiros anos com o programa de visitas domiciliares e a análise da relação médico-paciente, aumentando progressivamente o contato com pacientes à medida que se avança no curso (Figura 3).

Figura 3. Complemento do ensino das ciências biológicas e o estudo do paciente através de todo o plano de estudos em "Western Reserve"

Com o desaparecimento das disciplinas existentes anteriormente à mudança, foram criadas unidades de ensino, definidas segundo o critério de aparelhos e sistemas. Esse enfoque passou a ser o exemplo prototípico do curso "integrado" apesar da integração de certos aspectos ter significado a desintegração de outros.

O processo de integração em algumas das escolas segue o caminho assinalado na classificação apresentada no Quadro 4, isto é, primeiro se integram a macro e a microestrutura, em seguida a função e a estrutura e, em certa medida, o abstrato e o concreto, porém o geral e o particular permanecem desintegrados. A separação entre o geral e o aplicado constitui um dos problemas mais importantes da educação médica, problema difícil de superar, pois resulta da divisão do trabalho em manual e intelectual, sustentada por uma concepção idealista.

Unidades de ensino (componentes curriculares)

A unidade "disciplina" ou componente curricular é identificada por ocupar um período determinado no plano de estudos e porque requer que o estudante seja avaliado mediante algum tipo de exame. Excepcionalmente em algumas escolas, certas matérias requerem como única condição para aprovação a frequência e assistência do estudante às atividades programadas.

O componente curricular corresponde a uma disciplina científica ou a uma especialidade médica que geralmente é ensinada exclusivamente durante o período que lhe é designado no plano de estudos, que raramente ultrapassa um ano.

Até há pouco tempo o ensino das disciplinas e especialidades designadas a um determinado ano do curso era ministrado durante todo esse período, obrigando o estudante a assistir a distintas matérias por dia. Esse arranjo causava inconvenientes na distribuição de salas e laboratórios e fazia o estudante perder tempo por transladar-se de um lugar a outro no transcurso do dia. Por essa razão, muitas escolas estabeleceram o sistema de blocos de conhecimento (módulos) a fim de que uma determinada matéria seja ensinada exclusivamente durante o período designado.

Para finalizar seus estudos o estudante deve ter cursado uma média de 36 unidades docentes, e como algumas delas são de curta duração representam para o estudante uma atomização do conhecimento, difícil de integrar, especialmente porque em quase todas as escolas as matérias são concebidas como partes mais ou menos isoladas que devem ser ensinadas exaustivamente e com a maior profundidade possível (Quadro 5).

Quadro 5. Número médio de matérias por escola e por curso, 1967

Curso	Número de escolas	Média de matérias	Desvio padrão
Primeiro	100	5.0	1.7
Segundo	100	5.9	1.8
Terceiro	100	6.7	2.4
Quarto	100	8.1	3.0
Quinto	94	9.0	2.8
Sexto	22	7.9	1.9
Total	100	35.9	7.9

A maioria dos componentes curriculares, à exceção de medicina preventiva, é ensinada em um só período e, por consequência, não é possível desenvolvê-los em graus de complexidade crescente, o que permitiria ao estudante acumular conhecimentos de forma progressiva.

Um elevado número de matérias mantém o estudante em estado de contínua tensão,[12] já que todas elas requerem algum tipo de avaliação que, em geral, no sistema atual, é feita através de exame escrito ou oral. O estudante dedica grande parte do seu tempo – sobretudo no final do período escolar – a se preparar para as provas e, dessa forma, esse requisito se converte em fator determinante do conhecimento que cada aluno adquirirá ao longo do curso. Porém, como na preparação para esses exames não se leva em conta sua função pedagógica, o conhe-

cimento adquirido com a finalidade de ser aprovado na matéria frequentemente não é o mais adequado e útil para o exercício da medicina.

O número de matérias aumenta progressivamente à medida que se avança nos cursos, e isso poderia indicar que nos anos básicos ocorre uma certa integração das disciplinas, sugerindo que, provavelmente, a área clínica se encontra mais fragmentada que a área básica. A isso podemos acrescentar que o número de horas por aluno é também maior nos últimos anos do plano de estudos, o que decorre do maior número de especialidades na área clínica que demandam o tempo disponível do estudante, aumentando assim as horas de ensino.

A maior variação no número de matérias nos últimos anos parece indicar, portanto, falta de consenso sobre a quantidade e sobre o conteúdo das matérias que devem ser ensinadas na área clínica.

Distribuição horária por disciplina

As matérias são agrupadas segundo sua afinidade em unidades maiores: morfologia,[13] fisiologia, patologia, microbiologia e parasitologia, medicina, cirurgia, obstetrícia, pediatria, psiquiatria e medicina preventiva e social.

A análise da distribuição das horas de ensino indica vários aspectos da docência, como, entre outros, a importância dada a cada disciplina e o equilíbrio entre as diferentes áreas do conhecimento médico (Quadro 6).

Quadro 6. Porcentagem e média de horas por aluno e por disciplinas em 97 escolas com curso completo, 1967

Disciplina	Média de horas	Porcentagem
Morfologia	645	12,2
Ciências fisiológicas	691	13,1
Patologia	311	5,9
Microbiologia e parasitologia	294	5,6
Medicina e especialidades	1.308	24,7
Cirurgia e especialidades	863	16,3
Pediatria	316	6,0
Obstetrícia e ginecologia	343	6,5
Psiquiatra e psicologia	188	3,6
Medicina preventiva e social	269	5,0
Outras	59	1,1
Total	5.288	100,0

De acordo com os achados da pesquisa, pode-se dizer que o currículo médico na América Latina está dominado pelo ensino das matérias clínicas, as quais ocupam cerca de 57% do total das horas de ensino por aluno. Considerando que a medicina é a aplicação de conhecimentos científicos à solução de problemas de saúde-doença, é lógico pensar que tais matérias clínicas devem ocupar a maior proporção das atividades do aluno.

Em segundo lugar de importância, aparece o ensino da estrutura e funções do organismo humano, que ocupam 25% do tempo, sendo que o aprendizado das matérias pré-clínicas – patologia, microbiologia e parasitologia – toma 12% do total de horas de ensino por aluno.

As matérias de medicina preventiva e social só ocupam 5% do total de horas de ensino por aluno. Esse achado pode estar em contradição com as declarações da direção das escolas e das diretrizes emanadas das reuniões internacionais sobre a importância dessas matérias para a formação profissional. Assim, pode-se dizer que o plano de estudo está atualmente orientado para a solução dos problemas das pessoas doentes e hospitalizadas, tratando de remediar os efeitos da enfermidade no período secundário de sua história natural[14] e, portanto, as disciplinas incluídas no currículo estão destinadas a transmitir o conhecimento científico pertinente a tal etapa. Pouca ou nenhuma importância é dada ao conhecimento básico que permitiria solucionar os problemas próprios das etapas primária e terciária da enfermidade. Assim, por exemplo, os fatores que influiriam no crescimento e desenvolvimento saudável do ser humano perdem importância diante da ênfase que a educação médica concede às consequências da interrupção do crescimento e desenvolvimento normais.

A diferença de enfoque não constitui uma sutileza especulativa, senão influi diretamente na evolução da medicina como disciplina e como prática, na imagem que o aluno adquire sobre a profissão e na percepção que a população terá sobre o médico. Certamente esse problema não seria solucionado apenas invertendo a importância que se dê às diversas disciplinas do currículo, medida através do número de horas de ensino por aluno, senão, como veremos adiante, depende da estratégia adotada no plano de estudos e de uma orientação diferente da investigação básica.

Métodos de ensino por disciplina

As diferenças entre as disciplinas não estão apenas no número de horas que corresponde a cada uma no total da carga horária de ensino, mas se expressam também na metodologia de ensino utilizada (Quadro 7).

Quadro 7. Porcentagem de horas por método e disciplina em 90 escolas com curso completo, 1967

Disciplina	Método de ensino		
	Teórico	Prático	Total
Morfologia	37	63	100
Ciências fisiológicas	45	55	100
Patologia	45	55	100
Microbiologia e parasitologia	43	57	100
Medicina	33	67	100
Cirurgia	31	69	100
Pediatria	25	75	100
Obstetrícia e ginecologia	30	70	100
Psiquiatra e psicologia	47	53	100
Medicina preventiva e social	49	51	100
Outras	82	18	100
Total	37	63	100

As disciplinas clínicas têm, como era de se esperar, a maior porcentagem de horas de ensino prático, vindo em segundo lugar as disciplinas básicas, especialmente morfologia, e por último as pré-clínicas. Essa é a mesma ordem observada na distribuição da carga horária e reflete o conteúdo das áreas. Tanto as ciências básicas quanto as pré-clínicas têm, com exceção da morfologia, um grande conteúdo de conhecimento abstrato, que deve ser transmitido através de aulas teóricas.

A diferença de metodologia entre as áreas pode ser decorrente da especificidade do conteúdo delas, porém não se conhece a proporção adequada de horas de ensino que deveriam ser empregadas com os diferentes métodos em cada área. As investigações realizadas no campo da educação têm demonstrado que, assim como as aulas teóricas são o meio mais eficaz para transmitir conhecimentos, o reforço e a análise crítica requerem outros tipos de metodologia. É evidente que a proporção de horas por método depende do tipo de objetivo que se deseja alcançar em cada disciplina. Por exemplo, em cirurgia, a aquisição de habilidades e destrezas manuais é de grande importância e, por isso, a experiência direta deve predominar sobre outros métodos.

As duas disciplinas introduzidas mais recentemente – psiquiatria e medicina preventiva e social – são as que têm o maior número de horas de ensino teórico. Não se pode afirmar, entretanto, que isso deriva do conteúdo específico dessas disciplinas, e a explicação poderia estar no enfoque particular que tem sido dado a essas áreas e ao desenvolvimento que alcançaram. Por exemplo, nas ciências da conduta, que forma parte dessas áreas, não se tem explorado a aplicação prática de muitos de seus conhecimentos devido a dois fatores: 1. o pessoal encarregado de seu ensino geralmente provém de atividades alheias à medicina, desconhece os campos de aplicação específica e, por conta disso, recorre à exposição teórica do conteúdo dessas disciplinas; 2. existem poucas investigações que possam ser aplicadas a problemas médicos, fenômeno que impossibilita o desenho de experiências educacionais práticas. Os mesmos motivos podem ser estendidos a matérias que integram a área de medicina preventiva e social, tais como estatística e administração e organização de serviços.

Internato

O internato é o período escolar durante o qual os estudantes exercem, supervisionados, as atividades de um médico e é realizado ao final dos estudos médicos propriamente ditos. Pode ser definido também como o período de transição entre a condição de estudante e a condição de médico.

O internato é realizado em 87% das escolas de medicina com curso completo e sua duração é, em média, de 11 meses. Em quase todas as escolas o internato é rotatório, quer dizer, o estudante trabalha de dois a três meses em cada um dos quatro setores do hospital: medicina, cirurgia, pediatria e obstetrícia e ginecologia. Em 13 escolas com internato existe um período de atividades chamado de medicina integral. Este geralmente é realizado em um serviço de saúde localizado em área rural e está sob responsabilidade dos departamentos de medicina preventiva e social.

Nas escolas de medicina de Cuba existem, além do internato rotatório, o internato vertical e o internato misto. No primeiro, o estudante permanece e cumpre seu estágio em um serviço de uma especialidade determinada, e no segundo permanece dois terços do seu tempo em um serviço de medicina interna e o resto do tempo transita pelos serviços de pediatria e epidemiologia, cumprindo, além disso, plantões noturnos de obstetrícia e ginecologia.

O Brasil também tem algumas escolas com internato misto, no qual o estudante gira metade do seu tempo pelos quatro serviços fundamentais

para depois permanecer em um ou mais serviços de sua escolha pelo resto do período do internato.

Algumas escolas incluem, como parte do estágio rotatório, a inserção em ambulatórios externos ao hospital e serviços de emergência.

O internato é a expressão da atual estrutura de ensino, na qual, durante os estudos médicos propriamente ditos, o estudante não tem responsabilidade médica e, se por acaso assume essa responsabilidade, o faz sempre de forma limitada. Por isso se observa uma mudança brusca entre os estudos médicos propriamente ditos e o internato, que aparece então como uma forma de remediar a falta de experiência prática do aluno durante seus estudos.

ANÁLISE POR DISCIPLINA

O plano de estudos do curso médico na América Latina quase sempre está constituído por dez disciplinas, quais sejam: 1. morfologia; 2. ciências fisiológicas; 3. patologia; 4. microbiologia e parasitologia; 5. medicina e suas especialidades; 6. cirurgia e suas especialidades; 7. pediatria; 8. obstetrícia e ginecologia; 9. psicologia e psiquiatria; e 10. medicina preventiva e social. Cada uma dessas áreas inclui uma ou mais matérias segundo o grau de complexidade da disciplina e, sobretudo, segundo o enfoque que se deseja dar ao ensino.

Morfologia

Segundo o Comitê de Experts da Opas/Organização Mundial da Saúde (OMS) em Ensino da Morfologia,[15] esta matéria compreende o estudo da estrutura normal do organismo aos níveis celular, subcelular, tissular, orgânico e sistêmico; dos processos morfogenéticos que caracterizam o desenvolvimento desde sua fase inicial até a idade adulta; das mudanças involutivas que acompanham o envelhecimento; dos aspectos antropológicos necessários para compreender as particularidades somáticas dos grupos humanos e alguns aspectos do desenvolvimento filogenético das estruturas.

Essa ampla e variada área compreende, segundo o mesmo grupo de *experts*, o estudo da biologia celular e citogenética, embriologia, histologia, anatomia macroscópica (em seus diferentes enfoques: sistêmico, regional, de superfície, clínico etc.), neuroanatomia e antropologia física (biofísica). A embriologia e a neuroanatomia são abordadas em seus aspectos micro e macroscópicos. A anatomia

comparada, por sua vez, é integrada às diferentes matérias quando se torna necessário dar uma significação evolutiva a certos aspectos morfológicos determinados.

A média de matérias na área de morfologia por escola é de 2,9. Apesar de os *experts* insistirem que a separação de matérias não ajuda a aprendizagem, mesmo quando existir uma boa coordenação no ensino e, portanto, considerar-se necessária a integração no ensino desse conteúdo, só um pequeno número de escolas considera a morfologia como uma unidade de ensino ou um componente curricular único. A maioria das escolas oferece duas matérias: a) anatomia e b) histologia e embriologia; e um grande número delas oferece três: a) anatomia, b) histologia e c) embriologia. Não resta dúvida de que a separação dessas matérias no plano de estudos e a avaliação do que é aprendido mediante as respectivas provas e exames induzem o aluno a considerá-las entidades separadas e, regra geral, a dar mais importância e dedicar mais tempo às matérias mais extensas e difíceis, como a anatomia, relegando a segundo plano outras, tais como histologia e embriologia (Quadro 8).

Apesar de apenas algumas poucas escolas considerarem a neuroanatomia como matéria separada, isto é significativo, porque representa um processo de ensino diferente do que foi observado até agora, já que a morfologia se divide em sistemas, integrando-se, em cada um deles, a análise micro e macroscópica e, algumas vezes, seus aspectos fisiológicos. O tipo de ensino "por sistema" implica uma mudança nas matérias ou unidades docentes, pois substitui as disciplinas e especialidades pelo estudo de sistemas e aparelhos no qual se integram as diversas disciplinas. A introdução da neuroanatomia como matéria separada nas escolas de medicina marca um novo enfoque no ensino, porém, ao mesmo tempo, revela uma falta de critério único para designar as unidades de ensino.

A maioria das escolas ensina as matérias pertinentes à morfologia no primeiro ano do curso médico; algumas poucas as oferecem no segundo ano e um menor número delas as inclui nos dois primeiros. Parece haver ocorrido, portanto, uma mudança importante nas últimas décadas, se considerarmos que era tradicional ensinar pelo menos anatomia nos primeiros anos. Assim, 99% das escolas ensinam anatomia macroscópica no primeiro ano e, destas, 25 também mantêm esse conteúdo no segundo ano, dando anatomia topográfica.

Quadro 8. Número de matérias em morfologia em 100 escolas com curso completo segundo ano em que são ensinadas, 1967

Matéria	Ano					Total
	Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	
Anatomia	90	8				98
Morfologia	7	2				9
Anatomia e embriologia	2					2
Anatomia topográfica	1	11	1			13
Anatomia cirúrgica		2			1	3
Anatomia clínica		1	2	1		4
Anatomia radiológica	1					1
Anatomia pélvica					1	1
Neuroanatomia	6	12				18
Dissecações	3	2				5
Histologia	31	3			1	35
Embriologia	30	2				32
Histologia e embriologia	57	2				59
Laboratório de histologia	1					1
Laboratório de embriologia	1					1
Biologia celular	2					2
Genética	4	3				7
Total	236	48	3	1	3	291

A média de horas de ensino de morfologia por aluno é de 645 e representa cerca de 12,2% do total da carga horária do curso médico na América Latina (Figura 4).

O menor número de horas registrado foi 156 e o maior 1.354, com um desvio padrão de 225 horas.

Não é fácil estabelecer o número de horas que deveria ser dedicado a essa área, e, em todo caso, esse número variaria de acordo com o total de horas do plano de estudos. O Comitê de Experts da Opas/OMS para o Ensino da Morfologia apresentou, no relatório de sua primeira reunião, um modelo integrado do ensino na área no qual alocavam 785 horas, número superior à média das escolas investigadas.

As profundas mudanças ocorridas no ensino da morfologia nas últimas décadas, provavelmente são a causa da variação e das discrepâncias entre a realidade encontrada e os critérios estabelecidos. A fim de conhecer o sentido e a medida em que foram produzidas as referidas mudanças, foi feita uma comparação do número de horas de ensino oferecidas em 68 escolas durante os anos 1957[16] e 1967 (Figura 5).

Em uma década, talvez a mais difícil no ensino da morfologia, o número de horas por aluno diminuiu em 13,8%; em muitas escolas essa diminuição significou a eliminação de matérias no segundo ano do curso. Certamente o ensino da morfologia melhorou quando as horas de ensino prático aumentaram em cerca de 8,4%. Atualmente essa é uma das áreas da docência que conta com uma alta porcentagem de horas dedicadas a aulas práticas. O ensino prático da morfologia se faz fundamentalmente mediante observação microscópica e dissecação de cadáveres humanos.

Apesar de alguns autores colocarem em discussão a utilidade que a dissecação de cadáveres possa ter no aprendizado da morfologia, para os professores da disciplina segue sendo o "meio mais útil de obter informação objetiva sobre a forma, volume, relações especiais e outras características das estruturas anatômicas".

Figura 4. Escolas de medicina segundo horas de ensino de morfologia por aluno

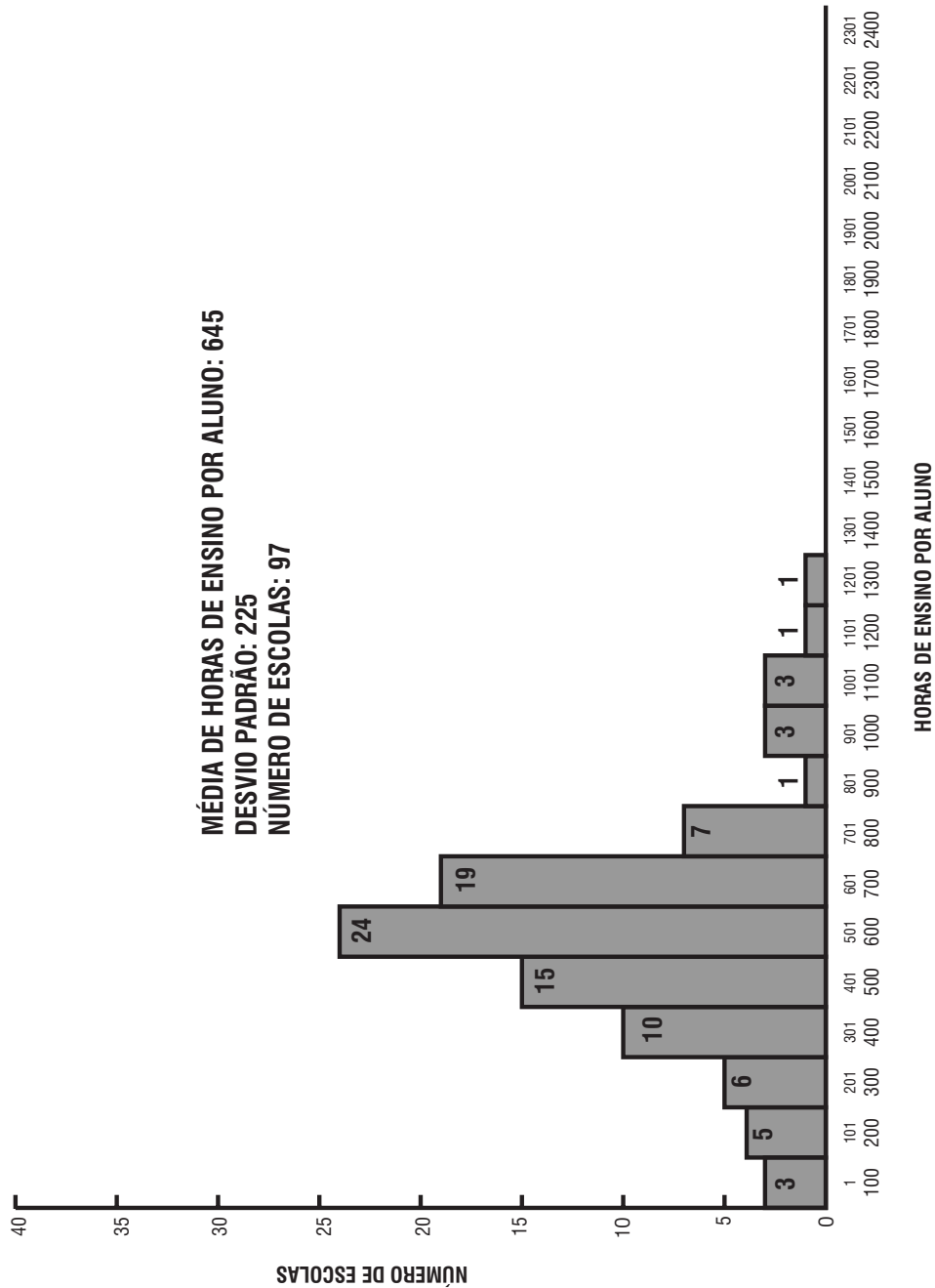
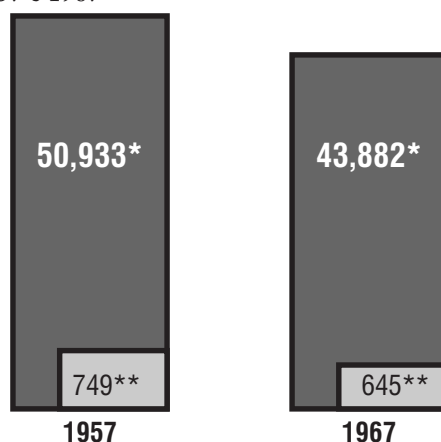



Figura 5. Número de horas de ensino de morfologia por aluno em 68 escolas de medicina da América Latina, 1957 e 1967

*** Total de horas**
**** Média de horas**

Ciências fisiológicas

De acordo com a classificação da Associação Latino-Americana de Ciências Fisiológicas (ALACF), a área das ciências fisiológicas compreende: fisiologia, bioquímica, biofísica e farmacologia.[17] Essas matérias têm uma independência maior que as matérias de outras áreas, tais como as de morfologia, e apesar das tentativas de integração conservaram sua identidade, tanto no plano de estudos quanto ao nível da estrutura administrativa da instituição.

O número de matérias na área de ciências fisiológicas por escola é de 3,6 (Quadro 9) e não chega a quatro porque muitas escolas não têm biofísica como disciplina. Essa matéria aparece como unidade da estrutura e como disciplina quase exclusivamente nas escolas do Brasil, onde um grupo de pesquisadores deu-lhe grande realce e introduziu o ensino da estatística. Isso reflete a formação científica e o caráter inovador desses educadores médicos.

A biofísica é ensinada, geralmente, no primeiro ano do curso médico e, apesar de estar estreitamente ligada à fisiologia nos programas, nem sempre se acha integrada com esta disciplina.

Em 50% das escolas pesquisadas se ensina bioquímica no primeiro ano do curso e nos 50% restantes, no segundo ano. Esse componente curricular inclui duas disciplinas: bioquímica ou bioquímica geral (que é a mais frequente nos

planos de estudo) e química fisiológica, que só aparece nos planos de estudo de seis escolas de medicina.

Quadro 9. Número de matérias em ciências fisiológicas em 100 escolas com curso completo segundo ano em que se são ensinadas, 1967

Matéria	Ano					Total
	Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	
Fisiologia	23	86	1			110
Bioquímica	50	49				99
Biofísica	24	15	1			40
Química fisiológica	3	3				6
Fisiologia e biofísica		1				1
Laboratório de fisiologia		1				1
Laboratório de bioquímica		1				1
Farmacologia	3	35	56	9	2	105
Laboratório de farmacologia						1
Farmacologia e terapêutica		1	1			1
Total	103	192	59	9	2	365

Nesse sentido, o Comitê de Experts da Opas/OMS para o Ensino da Bioquímica[18] distingue dois aspectos dessa disciplina: a) o material incluído em bioquímica geral e b) os tópicos de bioquímica agrupados sob a denominação de química fisiológica, que permitem ao estudante compreender a projeção funcional da bioquímica tanto no indivíduo sadio quanto no enfermo. Esse último aspecto é o que melhor serviria para a coordenação do ensino da bioquímica com as outras disciplinas.

A fisiologia aparece em quase todos os planos de estudos no segundo ano, o que é coerente com as recomendações do Comitê de Experts da Opas/OMS para o Ensino da Fisiologia[19] apresentadas no relatório de sua primeira reunião: “ [...] deve ser ministrada depois do aprendizado de matemática, física, química,

biologia e bioestatística. Deve ser precedida, tão imediatamente quanto possível, dos conhecimentos de ciências morfológicas [...]".

Em algumas poucas escolas essa matéria é ensinada em dois anos, e só em uma delas aparece durante três anos seguindo, esta última, o modelo da universidade americana de Stanford, na qual se pretendia estender o ensino dessa disciplina em vários anos a fim de proporcionar ao estudante um aprendizado progressivo.

A maioria das escolas ensina farmacologia no terceiro ano, quando também se inicia o aprendizado dos processos patológicos gerais, precedido pelo ensino da bioquímica e da fisiologia. Entretanto, um número elevado de escolas ensina este componente curricular no segundo ano, simultânea ou imediatamente depois de bioquímica e fisiologia.

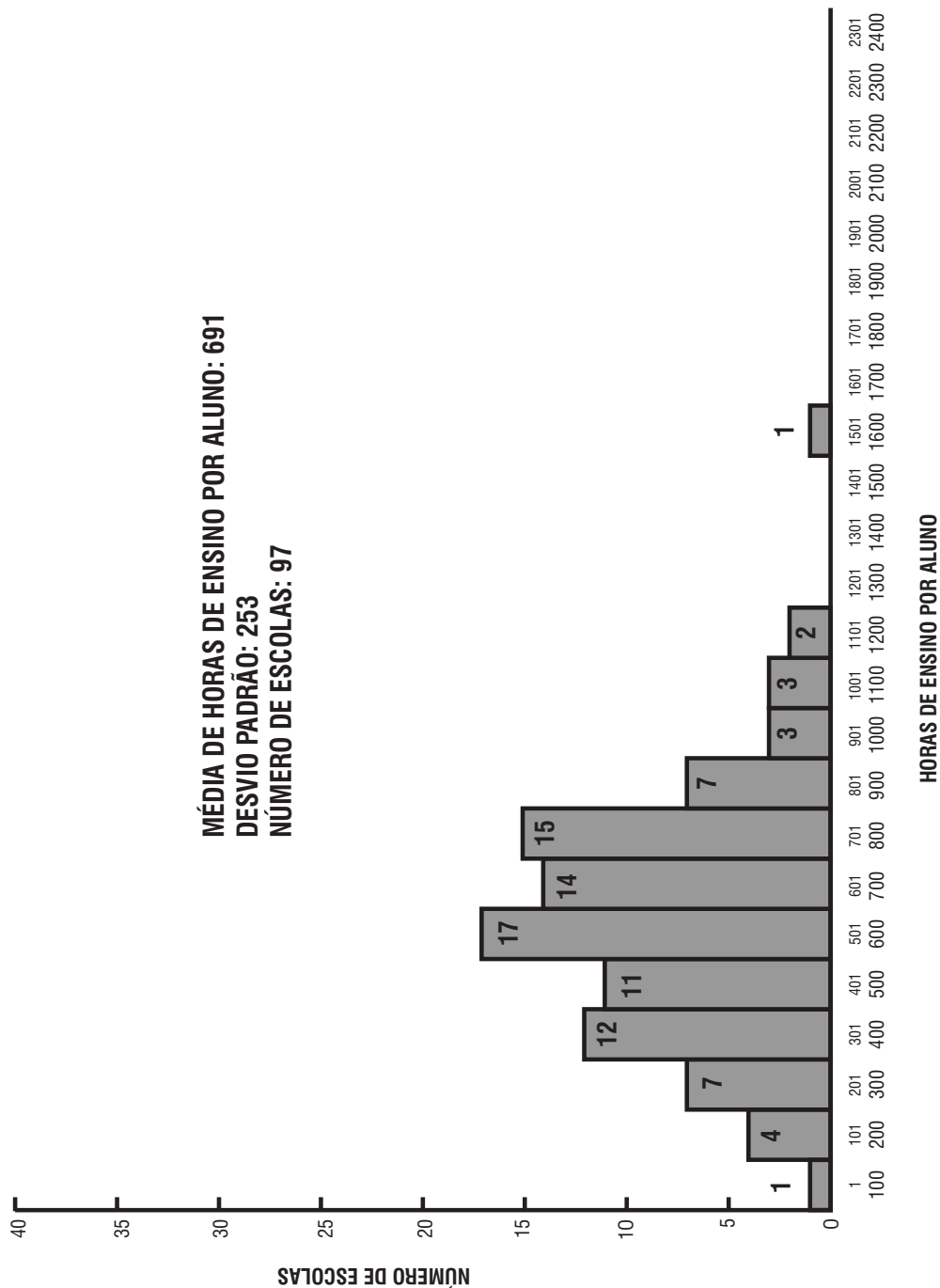
Segundo o Comitê de Experts da Opas/OMS para o Ensino da Farmacologia,[20] esta

> [...] tem como finalidade transmitir conhecimentos acerca dos fármacos utilizados no tratamento e na prevenção das enfermidades ou na interrupção de ciclos epidemiológicos, assim como acerca dos fármacos que podem atuar como tóxicos no organismo humano [...]. A farmacologia deve ser ensinada depois dos cursos de bioquímica e de fisiologia, quando o estudante já conhece os processos patológicos gerais.

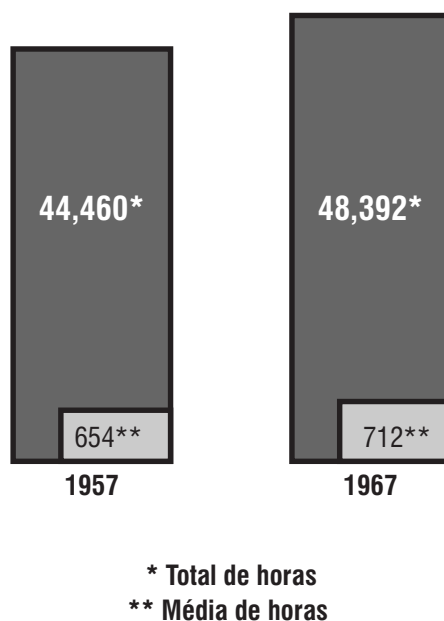
No entanto, considerando-se os novos conceitos sobre ensino integrado e a mudança que ocorreu na última década quanto à localização da disciplina no plano de estudos – que foi transferida dos últimos anos para os primeiros anos do curso –, seria pertinente discutir se atualmente essa recomendação é válida ou se apenas reproduz uma concepção tradicional de que o conhecimento aplicado deve ser precedido da ciência básica correspondente.

A média de horas de ensino de ciências fisiológicas por aluno é de 691 e representa 13,1% do total das horas de ensino (Figura 6).

O mínimo de horas de ensino por aluno dedicadas às ciências fisiológicas é de 157 e o máximo de 1.648, sendo que na maioria das escolas a carga horária dessa disciplina varia entre 400 e 900 horas.

Figura 6. Escolas de medicina segundo horas de ensino de ciências fisiológicas por aluno

O ensino das ciências fisiológicas passou, nos últimos dez anos, por profundas transformações, porém estas foram de natureza diferente das que aconteceram com a morfologia. As recomendações emanadas dos congressos e reuniões ocorridos nas décadas de 1950 e 1960 se referem quase exclusivamente ao aumento da proporção de professores de tempo integral e ao aumento das horas de ensino prático, porém pouco ou nada se diz sobre integração e novos modelos de ensino. Assim, constatam-se mudanças no número de horas de ensino, especialmente na quantidade de pessoal docente, porém dentro de uma estrutura tradicional do ensino nessa área.

Ao comparar os resultados da investigação realizada em 1957 em 68 escolas de medicina[21] com os dados do presente estudo, encontramos que o número de horas de ensino por aluno dedicadas às ciências fisiológicas aumentou em 8,8% (Figura 7). Esse aumento, concomitante à redução das horas de morfologia, alterou a relação entre as duas áreas; em 1957, morfologia tinha um maior número de horas que fisiologia, enquanto agora observamos o inverso.

Figura 7. Número de horas de ensino de fisiologia por aluno em 68 escolas de medicina da América Latina, 1957 e 1967

Na atualidade, 90 escolas com curso completo contam com 55% de horas de ensino prático, o que representa uma pequena melhoria com relação aos núme-

ros de 1957. Essa porcentagem, todavia, está muito longe dos 70% recomendado pelos *experts* na disciplina.

A baixa porcentagem de horas práticas no ensino da fisiologia se deve, em parte, à escassez de material de ensino, especialmente de laboratórios adequados, e, em parte, ao subaproveitamento desses recursos em algumas escolas quando cada disciplina da área aspira ter seu próprio laboratório, que fica, em grande parte do tempo, desocupado.

Pode ser que no futuro se dê maior importância à integração do ensino, ao uso racional dos recursos materiais existentes e à criação de laboratórios multidisciplinares, já que atualmente as referidas escolas contam com pessoal docente e recursos materiais que podem ser mais bem utilizados.

Patologia

Patologia, em seu sentido mais restrito, significa o estudo da enfermidade e, assim como outras especialidades médicas, seus limites são imprecisos. Desse modo, para alguns profissionais, a patologia só inclui a anatomia patológica, enquanto para outros abarca a alteração tanto da estrutura quanto da função do organismo humano.

Esse conceito alcança sua extensão máxima em definições como a que foi proposta pelo Comitê de Experts da Opas/OMS para o Ensino da Patologia,[22] quando afirma que

> [...] a tendência atual requer que a patologia não só seja considerada como anatomia patológica, e sim se integre com conhecimentos de patologia experimental, microbiologia, imunologia, bioquímica e outras ciências afins, que ajudem a esclarecer os fatores determinantes do processo e as transformações dinâmicas que vão ocorrendo no desenvolvimento das enfermidades. Com esses propósitos deve-se insistir no uso e na interpretação adequada dos exames de laboratório clínico, no que concerne ao apoio diagnóstico e terapêutico face aos estados patológicos.

A patologia entendida em sua extensão plena não constitui uma disciplina unitária no ensino; suas divisões internas ficam evidentes quando se trata de especificar os diversos tipos de conhecimento que inclui. Em muitas escolas uma dessas divisões contempla o ensino da anatomia patológica e a patologia geral como disciplinas independentes e corresponde a uma divisão mais geral entre aspectos teóricos e práticos. A patologia geral tem a ver com a exposição teórica das causas, mecanismos e consequências das enfermidades e a anatomia patoló-

gica, com a experiência prática das alterações macroscópicas. Alguns planos de estudo separam, nos estudos da patologia, a alteração da estrutura e a alteração da função, quer dizer, mantêm disciplinas de anatomia patológica e de fisiopatologia.

A fragmentação do ensino da patologia em várias disciplinas fica evidente quando se analisam o número e o tipo de matérias existentes nas escolas com curso completo na América Latina (Quadro 10).

Quadro 10. Número de matérias em 100 escolas com curso completo em patologia segundo ano em que são ensinadas, 1967

Matéria	Ano				Total
	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	
Patologia	9	24	2		35
Patologia geral	4	13	1	4	22
Patologia geral e especial	2				2
Patologia especial	1	4	1	6	12
Anatomia patológica e fisiopatologia		10	2		12
Anatomia patológica	6	42	10	1	59
Fisiopatologia	2	16	3		21
Integração de fisiopatologia com medicina e cirurgia			1		1
Fisiopatologia e semiologia			1		1
Histopatologia e autópsias		2			2
Total	24	111	21	11	167

O número médio de disciplinas da área de patologia por escola é 1,6 e, em geral, estas são ministradas no terceiro ano do curso médico, ano em que se inicia o estudo da enfermidade em quase todas as escolas de medicina da América Latina. Em algumas poucas escolas se ensinam todos os aspectos dessa especialidade em uma única disciplina e, quando isso ocorre, é designada como patologia. A matéria que se encontra mais frequentemente nos planos de estudo é anatomia patológica. Em algumas escolas esta é a única disciplina da área, porém frequentemente se oferece outra matéria, que pode ser patologia geral

ou fisiopatologia. Poucas escolas ensinam anatomia patológica e fisiologia de forma integrada.

Aparentemente a separação dos aspectos teóricos e práticos não se resolve com a integração dessas disciplinas em um só componente curricular, pois algumas escolas que adotaram essa alternativa dividem o conteúdo do componente em aspectos teóricos e práticos. O Comitê de Experts na matéria[23] institucionalizou a situação quando recomendou dividir o ensino da disciplina em dois aspectos "distintos porém complementares": temas teóricos e exercícios práticos. O conjunto de temas teóricos se divide, por sua vez, em patologia geral e especial e compreende a exposição dos conceitos abstratos de mecanismos, causas e consequências das enfermidades; os trabalhos práticos, por sua vez, abarcam os conceitos concretos da anatomia patológica e da fisiopatologia.

A separação, no ensino, entre a conceituação abstrata e a concreta emana, como já foi apontado anteriormente, da divisão entre o trabalho intelectual e o trabalho manual que existe em nossa sociedade, e como consequência os educadores médicos consideram isso um fato natural que deve ser repetido em toda mudança proposta em disciplinas como patologia, e em geral, no plano de estudos.

A média de horas de ensino por aluno e por escola é de 311 com um desvio padrão de 138. A escola com maior número de horas de ensino por aluno tem 839, e a que tem o menor número tem 84 (Figura 8).

Nas últimas décadas foi feito um grande esforço para melhorar o ensino dessa área, na medida em que é reconhecida como uma das mais importantes no plano de estudos por permitir ao estudante compreender melhor a enfermidade e controlar a exatidão do diagnóstico. Esse esforço levou a um aumento do número de horas de ensino por aluno, como pode se observar ao comparar a informação obtida nas escolas nos anos 1957[24] e 1967.

Em dez anos se produziu um aumento de 4,6% nas horas de ensino da patologia nas 68 escolas analisadas. Essa cifra, que em si não é muito alta, adquire significado quando se leva em conta a competição que existe nas escolas pelo número de horas de ensino (Figura 9).

A porcentagem de horas práticas chega na atualidade a 55% e não melhorou muito desde 1957. As mudanças mais importantes foram produzidas na integração com as matérias clínicas. Nesse aspecto deve-se sublinhar o impacto que a introdução das reuniões anátomo-clínicas tem tido no ensino médico.

Figura 8. Escolas de medicina segundo horas de ensino de patologia por aluno

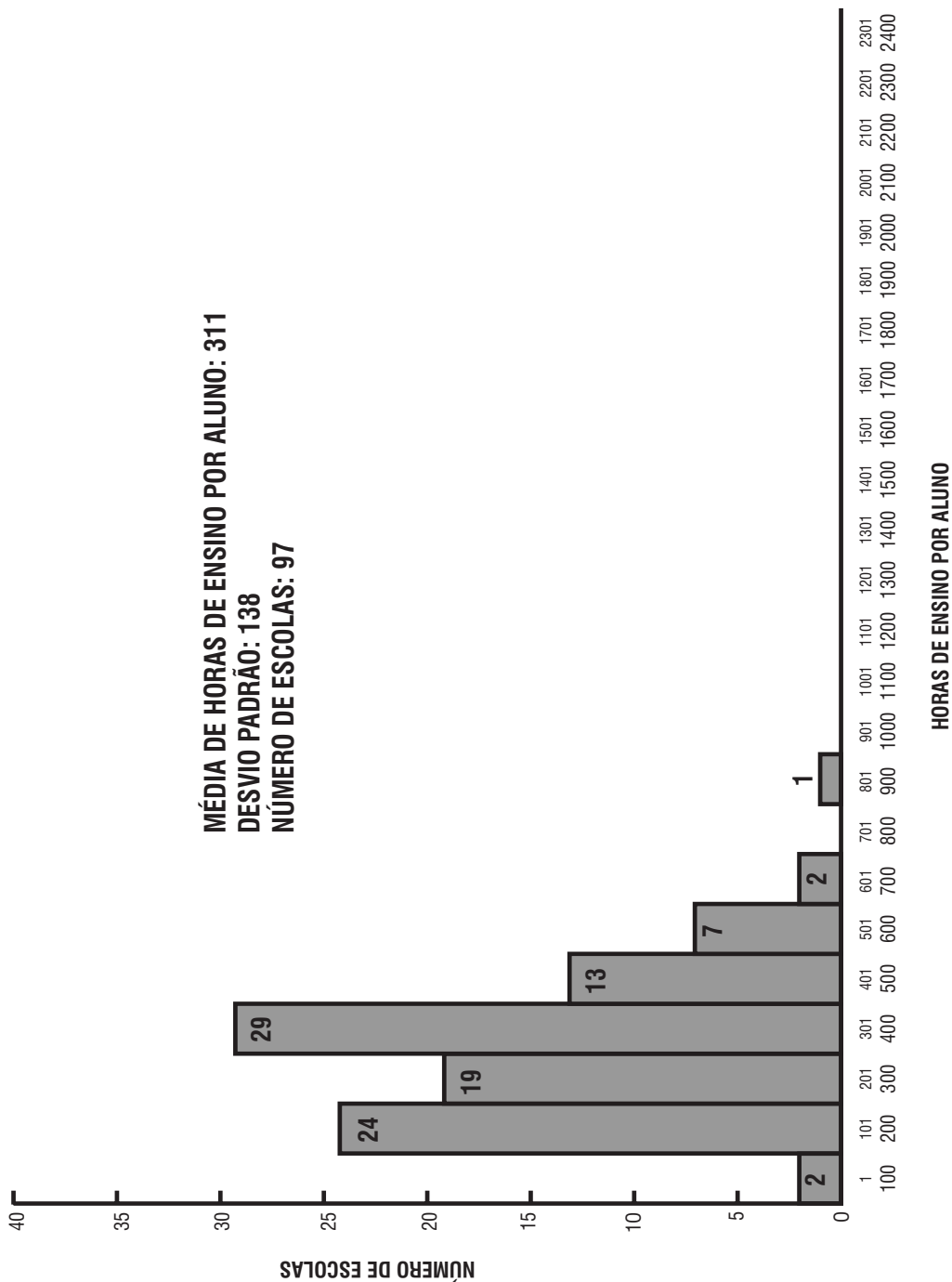
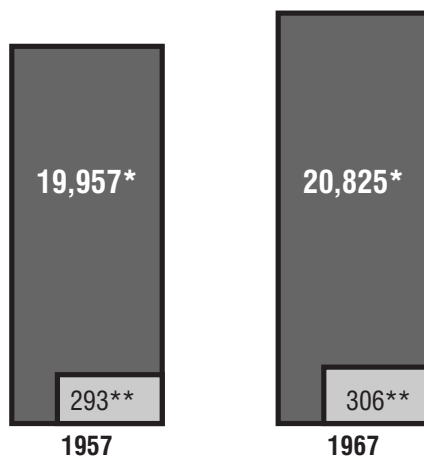



Figura 9. Número de horas de ensino de patologia por aluno em 68 escolas de medicina da América Latina, 1957 e 1967

*** Total de horas**
**** Média de horas**

Microbiologia e parasitologia

A microbiologia e a parasitologia têm sido ensinadas como disciplinas independentes, apesar de terem uma série de elementos comuns que justificariam a integração sob a categoria de agentes agressores biológicos. O motivo dessa separação deriva da tradição que ambas têm como disciplinas e, por conseguinte, da formação distinta dos especialistas dessas duas disciplinas.

O ensino da microbiologia e da parasitologia tem sofrido uma série de influências que provém da educação médica e do conhecimento acumulado em medicina, o que tem levado à uma redefinição do seu conteúdo e do seu alcance. A microbiologia, por exemplo, tende a integrar-se com a patologia, como se depreende das recomendações do Comitê de Experts[25] nessa matéria, segundo as quais

> deve-se buscar que o estudante adquira conhecimentos em campos afins, incluindo imunologia, bacteriologia, virologia, micologia e parasitologia, coordenados com os conhecimentos de outras disciplinas que são importantes na integração dos conhecimentos básicos e aplicados. Entre os conhecimentos deve-se conceder importância particular aos que se referem a fenômenos derivados da interação entre os agentes patogênicos e seu hospedeiro, de modo a fazer o estudante se interessar pela biologia das doenças infecciosas.

Os professores de parasitologia, por outro lado, tentam uma integração de sua disciplina com a clínica e a medicina preventiva. Nesse sentido caminha o parecer do Comitê de Experts no Ensino da Parasitologia[26] quando afirma que "o ensino dessa matéria deve ser orientado ao conhecimento integral das doenças parasitárias, de tal maneira que o estudante aprenda a suspeitar, diagnosticar, tratar e prevenir essas doenças, com ênfase naquelas que predominam em seu país".

A importância que se pretende dar, em microbiologia, aos mecanismos da enfermidade e, em parasitologia, aos aspectos clínicos torna distante a possibilidade de uma integração dessas duas especialidades médicas em um futuro próximo.

A parasitologia e a microbiologia são ensinadas na maioria das escolas com curso completo como matérias separadas, razão pela qual a média de disciplinas por escola para essa área na América Latina é de 1,8. Quando ambas as disciplinas aparecem em um mesmo componente curricular, na maioria das escolas que adotam essa modalidade o ensino é realizado de forma separada, representando, portanto, uma integração meramente formal (Quadro 11).

Quadro 11. Número de matérias em microbiologia e parasitologia em 100 escolas com curso completo segundo ano em que são ensinadas, 1967

Matéria	Ano					Total
	Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	
Microbiologia	2	63	9			74
Parasitologia	4	60	15	1		80
Microbiologia e parasitologia	1	2	10	1		14
Bacteriologia	2	7	4			13
Bacteriologia e parasitologia		1				1
Laboratório de microbiologia e parasitologia		1				1
Microbiologia especial					1	1
Imunologia		2				2
Virologia		1				1
Micologia		1				1
Total	9	138	38	2	1	188

O ensino dessas disciplinas é feito geralmente no terceiro ano do curso, inserido entre as ciências básicas e as matérias clínicas. Essa situação e a pressão por uma integração das áreas básicas e clínicas podem ser a causa de essas disciplinas tratarem de integrar-se a um ou outro setor, como parece estar ocorrendo.

Em algumas escolas, todavia, conserva-se o nome tradicional de bacteriologia para designar a disciplina dessa área, apesar de o programa incluir, na maioria dos casos, o ensino de outros microrganismos. A imunologia aparece como disciplina independente em duas escolas e, em uma delas, sucede o mesmo com virologia e micologia.

Em algumas escolas a parasitologia está colocada sob a coordenação do Departamento ou Cátedra de Medicina Tropical e Doenças Parasitárias, fato que explicaria o enfoque clínico que se pretende dar ao ensino dessa disciplina.

A média de horas de ensino de microbiologia e parasitologia por aluno é de 294. O número mais alto é 803 horas e o mais baixo, 81 horas (Figura 10).

O ensino da microbiologia e da parasitologia não tem sido tão discutido nas últimas décadas como o de outras áreas do plano de estudos, o que é comprovado pelo número reduzido de artigos sobre os problemas relacionados com o ensino dessas disciplinas. É possível que isso se deva à perda de importância das doenças infecciosas e parasitárias nos países economicamente desenvolvidos, o que pode estar sendo refletido no ensino das escolas médicas latino-americanas que adotaram os modelos educacionais dos países desenvolvidos.

As horas de ensino de microbiologia e parasitologia diminuíram em 7,6% em dez anos, segundo informação obtida em 68 escolas (Figura 11).

A diminuição das horas de ensino de microbiologia e parasitologia foi feita através da redução do número de aulas teóricas, que foram reduzidas em 12,3% no período entre 1957 e 1967. Neste último ano, a porcentagem de horas de ensino prático em 97 escolas com curso completo era de 57%.

Parece que a tendência no ensino dessas disciplinas caminha no sentido de uma separação cada vez maior e, ao mesmo tempo, da integração de cada uma com disciplinas pertencentes a outros campos. Assim, a integração da parasitologia e microbiologia com medicina preventiva, patologia ou medicina interna é o caminho lógico na atual estrutura do plano de estudos.

Figura 10. Escolas de medicina segundo horas de ensino de microbiologia e parasitologia por aluno

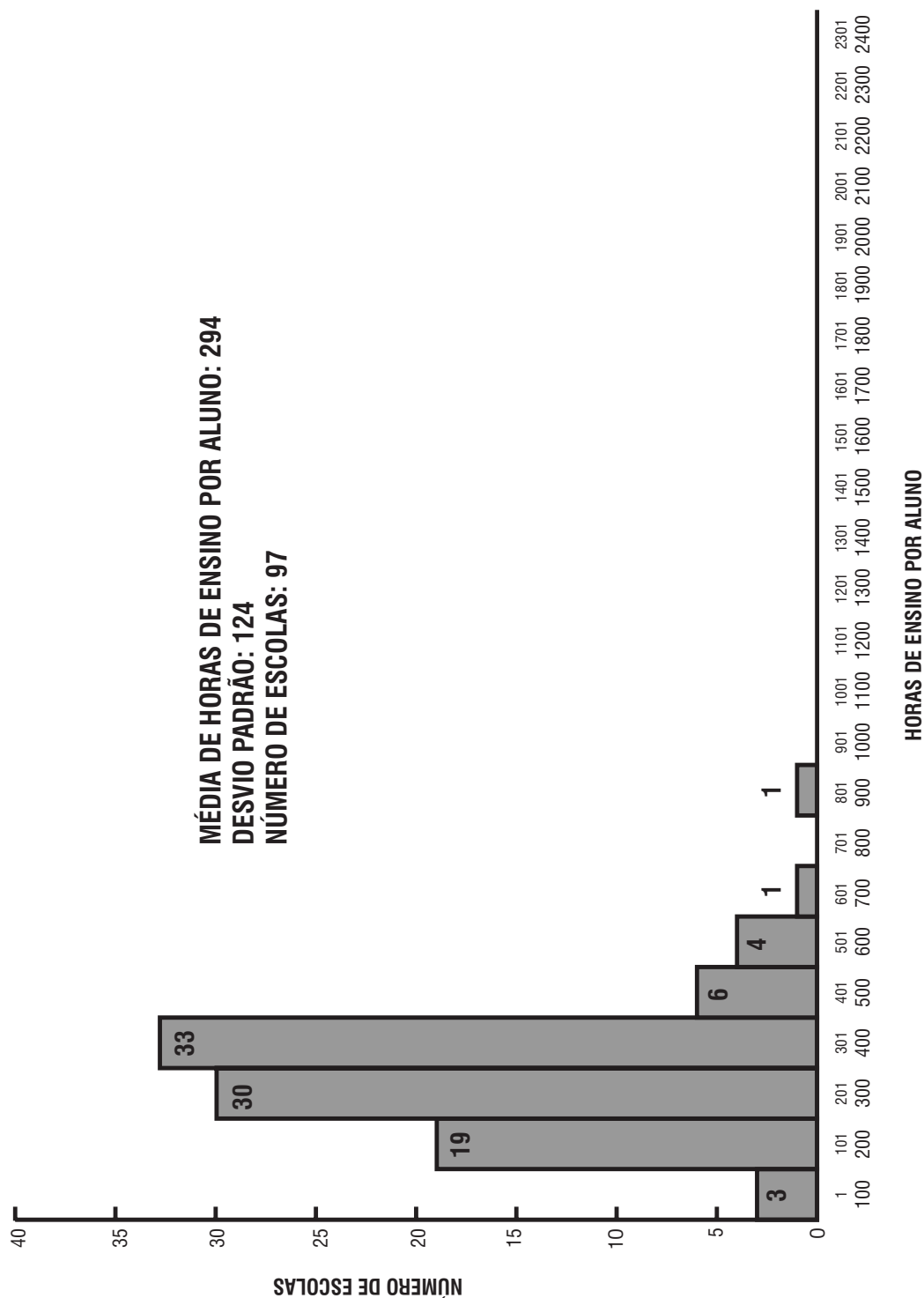
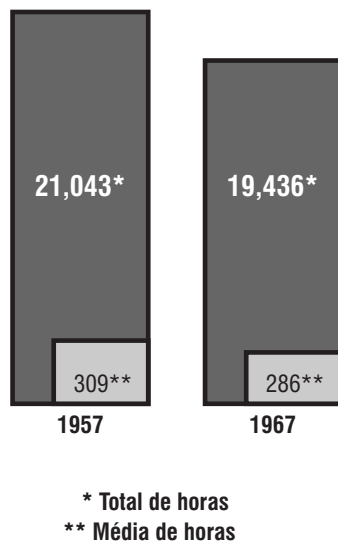



Figura 11. Número de horas de ensino de microbiologia e parasitologia por aluno em 68 escolas de medicina da América Latina, 1957 e 1967

Medicina interna

Medicina é a área de ensino fundamental no curso médico, pois nela se adquirem conhecimentos e habilidades que permitem ao estudante diagnosticar os problemas de saúde dos indivíduos e definir a conduta terapêutica adequada.

Essa área é uma das mais fragmentadas no plano de estudos. Sua integração interna tem sido difícil de ser alcançada pelo volume de conhecimento que deve transmitir e pela independência das especialidades que a compõem, as quais alcançaram um lugar definido no currículo.

Segundo o Comitê de Experts da Opas/OMS[27] na matéria,

> [...] o ensino da medicina interna deve incluir a semiologia, a fisiopatologia e os conhecimentos fundamentais das especialidades médicas, como a dermatologia, cardiologia, pneumologia, hematologia, endocrinologia, gastroenterologia, neurologia e nefrologia, além da nosologia tradicional. Outras matérias, como a medicina tropical, tisiologia, clínica terapêutica etc., que por condições regionais especiais adquiriram características de cátedras individuais também devem ser consideradas integrantes da medicina interna.

Não existe até agora uma definição clara de quais são os conhecimentos fundamentais que devem ser transmitidos ao aluno, apesar das repetidas recomendações sobre esse tema. Uma solução para esse problema tão difícil seria que o aluno

aprendesse a metodologia do diagnóstico e da conduta terapêutica e pudesse buscar e manejar informações sem exagerar a aquisição de exemplos concretos, ou seja, do aprendizado de casos clínicos. Investigações no campo médico exploram o processo mediante o qual o médico chega ao diagnóstico, e se espera que esse conhecimento ajude a reduzir o período de formação nessa área.

Para se alcançar a integração das diferentes disciplinas algumas escolas dividiram o ensino em unidades ou módulos, segundo sistemas e aparelhos, de forma tal que em cada um se abordam de forma integrada diversas áreas de conhecimento. Mesmo assim, predomina o enfoque tradicional, segundo o qual o ensino inicia com a semiologia e continua com: a) a exposição teórica de síndromes e entidades nosológicas; b) a prática clínica nas salas dos ambulatórios e enfermarias dos hospitais e um número crescente de escolas em consultórios externos; e c) o ensino das especialidades médicas nos últimos anos do curso (Quadro 12).

Quadro 12. Número de matérias em medicina interna em 100 escolas com curso completo segundo ano em que são ensinadas, 1967

Matéria	Ano					Total
	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto	
A. Medicina geral						
Medicina ou medicina interna		31	31	21	10	93
Nosologia (patologia médica, patologia interna, lições de medicina)	1	8	20	6	1	36
Nosologia por aparelhos e sistemas		19	12			31
Clínica médica	2	8	47	43	5	105
Propedêutica e/ou semiologia	12	50	9			71
Medicina e cirurgia integrada		1	3	2		6
Trabalho de hospital	1	10	2	3		16
Consulta externa			1	2		3
B. Especialidade médicas						
Dermatologia	1	10	35	23	6	75
Neurologia	1	6	25	22	4	58
Pneumologia	1	2	8	11	1	23
Hematologia		3	10	7		20
Endocrinologia		1	7	8		16
Cardiologia		3	5	6		14
Gastroenterologia		2	7	3	2	14
Nefrologia		1	2	4		7

Matéria	Ano					Total
	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto	
C. Outras matérias						
Medicina tropical		4	21	8		33
Tisiologia		1	8	15	1	25
Enfermidades transmissíveis		4	5	9	6	24
Terapêutica clínica		3	9	9	1	22
Nutrição	1	4	2			7
Reumatologia			1			1
Alergias				1		1
Total	20	171	270	203	37	701

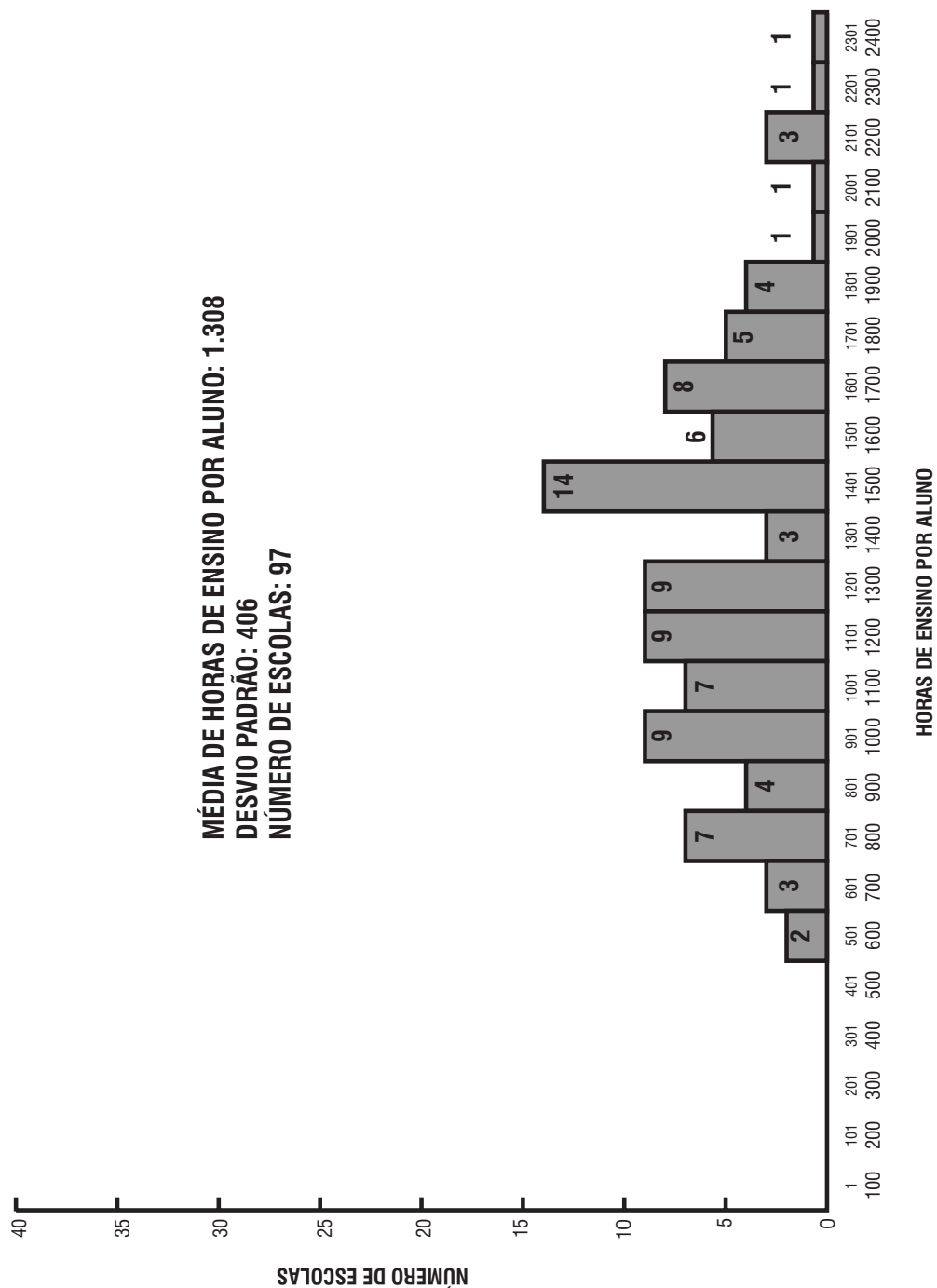
O ensino de medicina geralmente é iniciado no terceiro ano do curso com semiologia (propedêutica), quando o aluno pela primeira vez é posto em contato com o paciente. No quarto ano, um grupo de escolas oferta o ensino de nosologia, uma matéria teórica sobre síndromes e quadros clínicos resultante da divisão já mencionada entre o ensino de conceitos abstratos e conceitos concretos. A clínica médica quase sempre é ensinada no quarto e no quinto ano junto com algumas das especialidades médicas. Entre estas últimas, dermatologia e neurologia têm *status* de disciplinas na maioria das escolas analisadas.

Apenas um grupo reduzido de escolas integrou todo o ensino da medicina sob uma única denominação e, dentre estas, somente três integraram o ensino de medicina e cirurgia. Essas escolas geralmente implantaram um ensino por sistemas e aparelhos, o que tem permitido resolver o problema da fragmentação da área em numerosas especialidades.

Duas inovações amplamente difundidas que têm ajudado na racionalização do ensino são o sistema de "blocks" (módulos) e o de "clerkship" (estágios). Esta última modalidade de ensino permite que o estudante exerça funções médicas, ainda que limitadas e supervisionadas.

Medicina ocupa em média 1.308 horas de ensino por aluno e por escola, sendo 67% do total dedicado a horas de atividade prática. O maior número de horas de ensino encontrado nas escolas da América Latina é 2.352 horas e o mais baixo é 515 (Figura 12).

O número de horas de ensino por aluno e a porcentagem de horas práticas observadas parece indicar que o ensino de medicina é adequado na maioria das escolas e que os problemas que elas enfrentam são mais qualitativos, tal como a integração das diversas especialidades que compõem essa área sob um mesmo marco conceitual.

Figura 12. Ensino de medicina segundo horas de ensino de medicina interna por aluno

Cirurgia

A cirurgia é, depois de medicina, a área com maior número de horas de ensino no plano de estudos das escolas de medicina da América Latina. Esse fato pode parecer paradoxal se considerarmos que os casos que requerem intervenção cirúrgica de certa magnitude são poucos se comparados com o total de problemas de saúde.

Os cirurgiões justificam a alta porcentagem de horas de ensino argumentando que as habilidades e os conhecimentos que o estudante deve adquirir nesse campo são de uma complexidade maior que em outras áreas. Segundo eles, o número de horas no plano de estudos determinaria o grau de complexidade dos conhecimentos e habilidades que o estudante deve aprender em cada área, e não a urgência ou frequência dos problemas de saúde que cada área médica deve solucionar. Seguindo essa linha de pensamento, o ensino da pediatria não precisaria aumentar sua carga horária pela relativa simplicidade dos conhecimentos e habilidades que o aluno deve ter para solucionar os problemas mais frequentes que se apresentam no campo, não obstante a magnitude da população pediátrica e a morbimortalidade infantil. Entretanto, a explicação para o alto número de horas de ensino dedicadas à cirurgia deve ser buscada no desenvolvimento histórico dessa especialidade, e não nas razões que a justificam, que, por outro lado, são discutíveis.

A cirurgia, a odontologia e a farmácia se desenvolveram como ramos independentes da medicina em virtude da separação entre o trabalho intelectual e o trabalho manual.[28] A medicina, ao afastar-se de tudo o que significa trabalho manual, converteu-se em uma atividade teórica e especulativa, enquanto a cirurgia, a odontologia e a farmácia se desenvolveram empiricamente, porém sem um corpo teórico. Essa situação se manteve até o começo do século XIX, quando o avanço das ciências naturais permitiu a elevação do prestígio dessas três especialidades. Foi durante esse século também que a cirurgia, que havia criado suas próprias instituições docentes, integrou-se ao ensino médico, e fez isso com um número de horas similar ao que a medicina tinha.

A cirurgia sofreu também fragmentações internas como resultado da divisão do trabalho em manual e intelectual, consequência que pode ser observada na atualidade ao se analisar o tipo de disciplinas que integram o ensino dessa área (Quadro 13).

Quadro 13. Número de matérias em cirurgia em 100 escolas com curso completo segundo ano em que são ensinadas, 1967

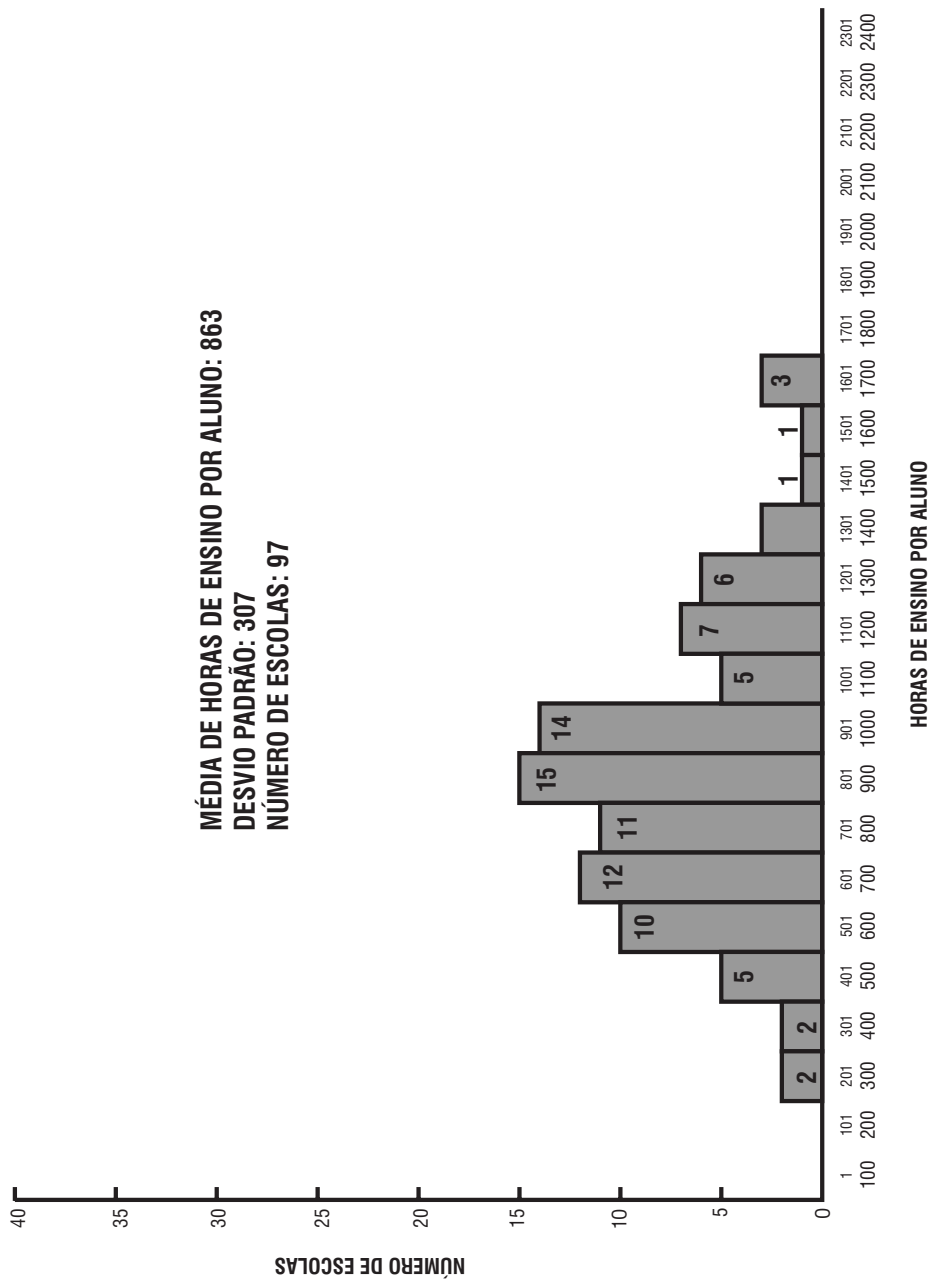
Matéria	Ano					Total
	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto	
A. Cirurgia geral						
Cirurgia	1	10	41	29	9	90
Patologia externa		15	18	6		39
Clínica cirúrgica		11	36	41	6	94
Propedêutica cirúrgica	1	11	3			15
Técnica cirúrgica	1	22	21	6		50
B. Especialidades cirúrgicas						
Otorrinolaringologia		4	32	32	6	74
Oftalmologia e otorrinolaringologia			1	1		2
Urologia		1	18	34	6	59
Ortopedia e traumatologia		7	11	35	5	58
Anestesiologia		5	1	1	1	8
Oncologia		1	1	4	1	7
Proctologia		1				1
Neurocirurgia				5	4	9
Cirurgia infantil				3	1	4
Cirurgia abdominal			1			1
Cirurgia plástica			1			1
Cirurgia torácica				1	1	2
Total	3	91	215	231	47	587

Na maioria das escolas o ensino da cirurgia geral é realizado em mais de uma disciplina, que pode ser classificada em: a) teórica, quando trata de síndromes ou entidades patológicas; b) prática, quando trata das técnicas cirúrgicas; e c) quando se realiza o diagnóstico e tratamento de casos cirúrgicos. Essa separação tem raízes mais sociais que pedagógicas, pois surgiu quando os professores de cirurgia trataram de desprender-se da atividade manual e elaboraram um corpo teórico abstrato e geral – a patologia interna – que lhes permitiu alcançar o mesmo *status* que a medicina. Historicamente, quando isso aconteceu, o professor de maior hierarquia acadêmica assumiu o ensino da patologia externa e o de menor *status* se responsabilizou pela disciplina de operatória ou técnica cirúrgica.

Oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia e ortopedia-traumatologia são as especialidades cirúrgicas que alcançaram o nível de disciplina do curso médico na maioria das escolas analisadas e são ensinadas nos últimos anos do curso.

Na América Latina, o ensino de cirurgia tem uma média de 863 horas por aluno e por escola, com um desvio padrão de 307 (Figura 13); o número mínimo de horas é 268 e o máximo de 1.698.

O ensino da cirurgia enfrenta o problema básico de determinar em que grau pode contribuir na formação do médico geral, quer dizer, que conhecimentos e habilidades das especialidades cirúrgicas o médico geral deve ter, e, de acordo com essa resposta, como dosificar o ensino de cada uma delas. É possível que essa decisão conduza a um maior equilíbrio entre as áreas de ensino que compõem o plano de estudos.

Figura 13. Escolas de medicina segundo horas de ensino de cirurgia por aluno

Pediatria

A importância da pediatria no currículo médico tem sido enfatizada em vários congressos e reuniões, entre eles a do Grupo de Estudos da OMS sobre o Ensino da Pediatria, que em seu informe técnico considera essencial que "[...] a pediatria seja uma das principais matérias dos planos de estudo [...]".[29] O Comitê de Experts da Opas/OMS para o Ensino da Pediatria também justifica essa importância, tendo em conta que "[...] nos países latino-americanos, a população pediátrica constitui mais de 50% de toda a população; a morbidade infantil demanda 50% da assistência médica, e a mortalidade infantil supera 50% da mortalidade geral [...]".[30]

Talvez devido à magnitude e urgência dos problemas da infância, a área de pediatria tem sido uma das primeiras a incorporar os conceitos de prevenção e a integrá-los com os aspectos curativos. Entretanto, em algumas escolas o ensino do cuidado à criança sadia se encontra separado da atenção à criança enferma (Quadro 14).

Quadro 14. Número de matérias em pediatria em 100 escolas com curso completo segundo ano em que são ensinadas, 1967

Matéria	Ano				Total
	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto	
Pediatria	12	26	57	20	115
Puericultura		4	4		8
Pediatria e puericultura	1	3	8	2	14
Total	13	33	69	22	137

Em poucas escolas se ensina puericultura separada da pediatria e em outras tem ocorrido a integração, porém este é um processo recente.

A maioria das escolas, tanto as de cinco anos de estudo quanto as de seis, ensina pediatria em um só ano, geralmente no último ano do curso. As outras ofertam a disciplina em dois ou três anos, dando-lhe a importância sugerida pelos comitês mencionados.

A média de horas de ensino de pediatria por aluno na América Latina é de 316 e corresponde a 6% da carga horária total do currículo; o mínimo é de 49 e o máximo de 844 (Figura 14). Não existe um critério uniforme quanto ao número adequado de horas de ensino de pediatria. Assim, por exemplo, em 1957 o Grupo de Estudos da OMS[31] sugeriu um mínimo de 300 horas, e o Comitê de Experts da Opas/OMS,[32] dez anos depois, recomendou que o conteúdo mínimo fosse desenvolvido em um período não menor que 600 horas por aluno (sem incluir nelas o internato). Levando em conta o primeiro critério, 61% das escolas não alcançam essa cifra, e, tomando em conta o segundo, a quase totalidade das escolas (89%) está abaixo das 600 horas consideradas como mínimo. Cabe registrar que não fica claro nesses informes as razões que levaram os comitês a determinar o mínimo de horas por aluno.

É provável que no transcurso desses dez anos as escolas tenham aumentado as horas de ensino de pediatria e que os *experts* na área, buscando melhores níveis no ensino, também tenham elevado suas exigências.

Para conhecer o grau de aperfeiçoamento no ensino desta área desde 1957, se comparou o número de horas de ensino obtido no estudo realizado nesta data[33] com os dados sobre as mesmas escolas encontrados na presente investigação (Figura 15).

Em dez anos, o número de horas de ensino aumentou em 33%, cifra relativamente alta comparada com o quadro observado em outras áreas de ensino. É provável que essa mudança se deva aos esforços de diversas organizações em elevar o nível de ensino da pediatria, entre elas a Opas.

A notável melhora do ensino nessa área também é observada quando se estuda o percentual de horas letivas dedicadas às atividades práticas, que em 1967 era de 75%.

Há que se destacar também que a pediatria é uma das poucas áreas do período clínico que contam com programas extramurais integrados – a maioria das vezes com medicina preventiva – e com programas de pós-graduação em pediatria social, que sublinham a importância dos fatores sociais.

Figura 14. Escolas de medicina segundo horas de ensino de pediatria por aluno

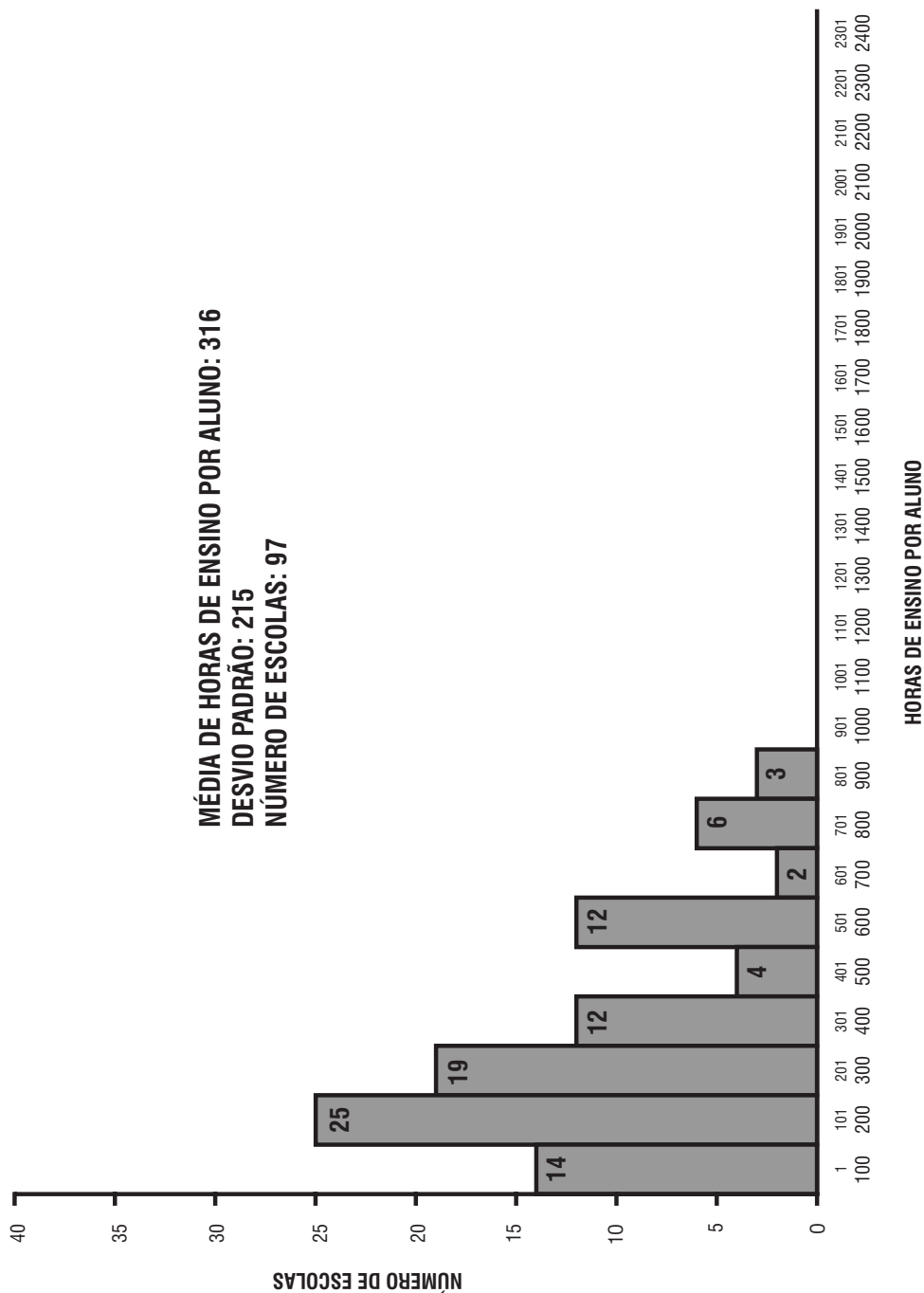
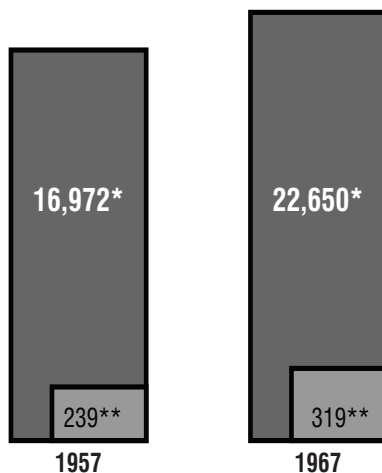



Figura 15. Número de horas de ensino de pediatria por aluno em 69 escolas de medicina da América Latina, 1957 e 1967

Obstetrícia e ginecologia

O Comitê de Experts da Opas/OMS para o Ensino de Obstetrícia e Ginecologia recomendou "[...] considerar como tema central do ensino, a história natural do processo de reprodução humana",[34] que deve abarcar:

> 1) O desenvolvimento e a evolução física e psicológica do ciclo vital da mulher, mais especificamente infância, adolescência, maturidade sexual, climatério e pós-menopausa; 2) A concepção, gravidez, parto, puerpério e lactação; 3) Os fatores psicosocioculturais que podem incidir na função sexual.
>
> Em todas essas circunstâncias devem ser estudados os elementos anatômicos, fisiológicos, patológicos e preventivos, de forma concomitante; deve se dar ênfase aos mecanismos de conservação da saúde da mãe e da criança e a prevenção da morbidade e mortalidade materna e perinatal. Do mesmo modo, devem-se ensinar os aspectos demográficos e métodos de regulação da fecundação. Serão tópicos de ensino o diagnóstico, o tratamento e a profilaxia das enfermidades próprias do aparelho genital feminino.[35]

Esse esquema recomendado pelo comitê é aplicado em muito poucas escolas latino-americanas e representa um novo enfoque no ensino dessas especialidades e no desenho do plano de estudos. O ensino de obstetrícia e ginecologia segue, na maioria das escolas, uma orientação diferente, pois dá importância aos aspectos patológicos sem enfatizar o ensino básico nem os aspectos preventivos e sociais. No passado, a obstetrícia e a ginecologia formavam parte da cirurgia e, como esta, não gozavam de muito prestígio social. Este começou a elevar-se paulatinamente, à medida que a ação médica se tornou mais efetiva. Ainda hoje em dia, algumas escolas de medicina ensinam essas especialidades integradas com a cirurgia.

As investigações realizadas na área de fisiologia da reprodução e dos problemas perinatais mudaram o enfoque do ensino dessas especialidades, permitindo uma maior integração com as ciências básicas e com a pediatria.

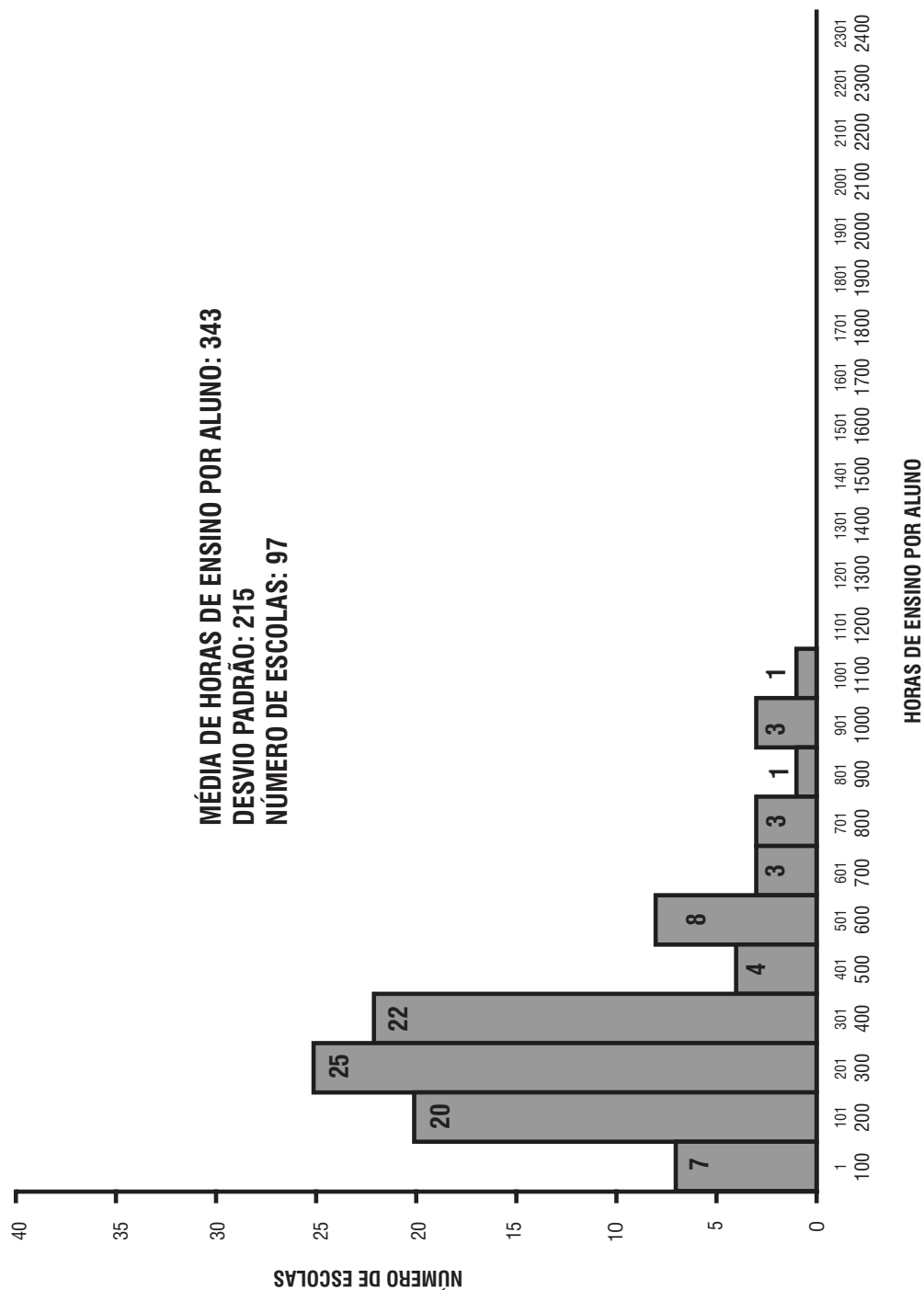
Apesar das novas tendências no ensino, a maioria das escolas continua mantendo as características tradicionais, sendo que 60% delas ensinam obstetrícia e ginecologia como disciplinas separadas.

A média de disciplinas por escola é de 1,8, em parte devido à divisão que existe entre ginecologia e obstetrícia, em parte porque em um pequeno número de escolas essas disciplinas são oferecidas em mais de um ano. Assim, 11 escolas ensinam obstetrícia em dois anos; duas ensinam ginecologia em dois anos; 12 ensinam ginecologia e obstetrícia em dois anos e uma em três anos. A grande maioria das escolas oferece estas disciplinas no quinto ano do curso, que corresponde ao último ano em quase todas as escolas (Quadro 15).

Quadro 15. Número de matérias em obstetrícia e ginecologia em 100 escolas com curso completo segundo ano em que são ensinadas, 1967

Matéria	Ano				Total
	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto	
Obstetrícia	4	17	34	16	71
Ginecologia	2	14	35	11	62
Obstetrícia e ginecologia	4	12	34	4	54
Total	10	43	103	31	187

A média de horas de ensino de obstetrícia e ginecologia é de 343; o maior número de horas é 1.063 e o menor, 57 (Figura 16).

Figura 16. Escolas de medicina segundo horas de ensino de ginecologia e obstetrícia por aluno

A porcentagem de horas práticas de ensino em 100 escolas com curso completo é 70% e representa uma das cifras mais altas no plano de estudos. Entretanto, há algumas escolas em que o ensino é totalmente teórico e os estudantes não estão obrigados a atender partos normais.

Psicologia e psiquiatria

Psicologia e psiquiatria compõem a área de ensino que tem sofrido mais mudanças na última década. A introdução e a expansão de disciplinas desse campo no ensino têm seguido as recomendações emanadas de diversas reuniões internacionais e nacionais, em especial a que foi realizada em Ithaca, Nova York, Estados Unidos da América, em 1951. As sugestões apresentadas nessa reunião foram ampliadas por um comitê de educação médica da Associação Americana de Psiquiatria e publicadas em 1956 em um informe que teve grande difusão.[36]

Esse informe apresenta um esquema de ensino que define as áreas de conhecimento que deveriam ser ofertadas transversalmente, ao longo do plano de estudo nos anos pré-clínicos: a) crescimento e desenvolvimento da personalidade, incluindo integração e mecanismos de adaptação da personalidade; b) psicopatologia; e c) entrevista médica e relação médico-paciente. Nos anos clínicos o estudante deve adquirir experiência com pacientes hospitalizados e também com pacientes atendidos em consultórios externos, ao mesmo tempo que adquire conhecimentos integrados com outras áreas, especialmente medicina psicossomática.

O esquema segue o padrão do plano de estudos da maioria das escolas, nas quais os conhecimentos gerais sobre o normal são ensinados nos primeiros anos do curso e a aplicação a casos patológicos, nos últimos. As escolas designam as disciplinas dessa área com diferentes nomes, tais como psicologia médica, psicobiologia, psicologia geral, psicopatologia, psiquiatria etc.

A *psicologia geral* se refere aos conceitos básicos dessa disciplina e às leis que regem os fenômenos psicológicos. Em algumas escolas essa disciplina inclui a aplicação a problemas de saúde-doença.

A *psicologia médica* centra-se na aplicação dos princípios gerais da psicologia a problemas médicos e inclui, em alguns casos, o estudo da relação médico-paciente e o desenvolvimento da personalidade. Algumas escolas ensinam esses temas com o nome de psicobiologia e incluem temas de psicologia geral.

A *psicopatologia* compreende o conhecimento dos aspectos típicos de síndromes psiquiátricas de acordo com a classificação kraepeliniana. Essa disciplina modificou seu enfoque nos últimos anos, superando a ênfase no ensino da

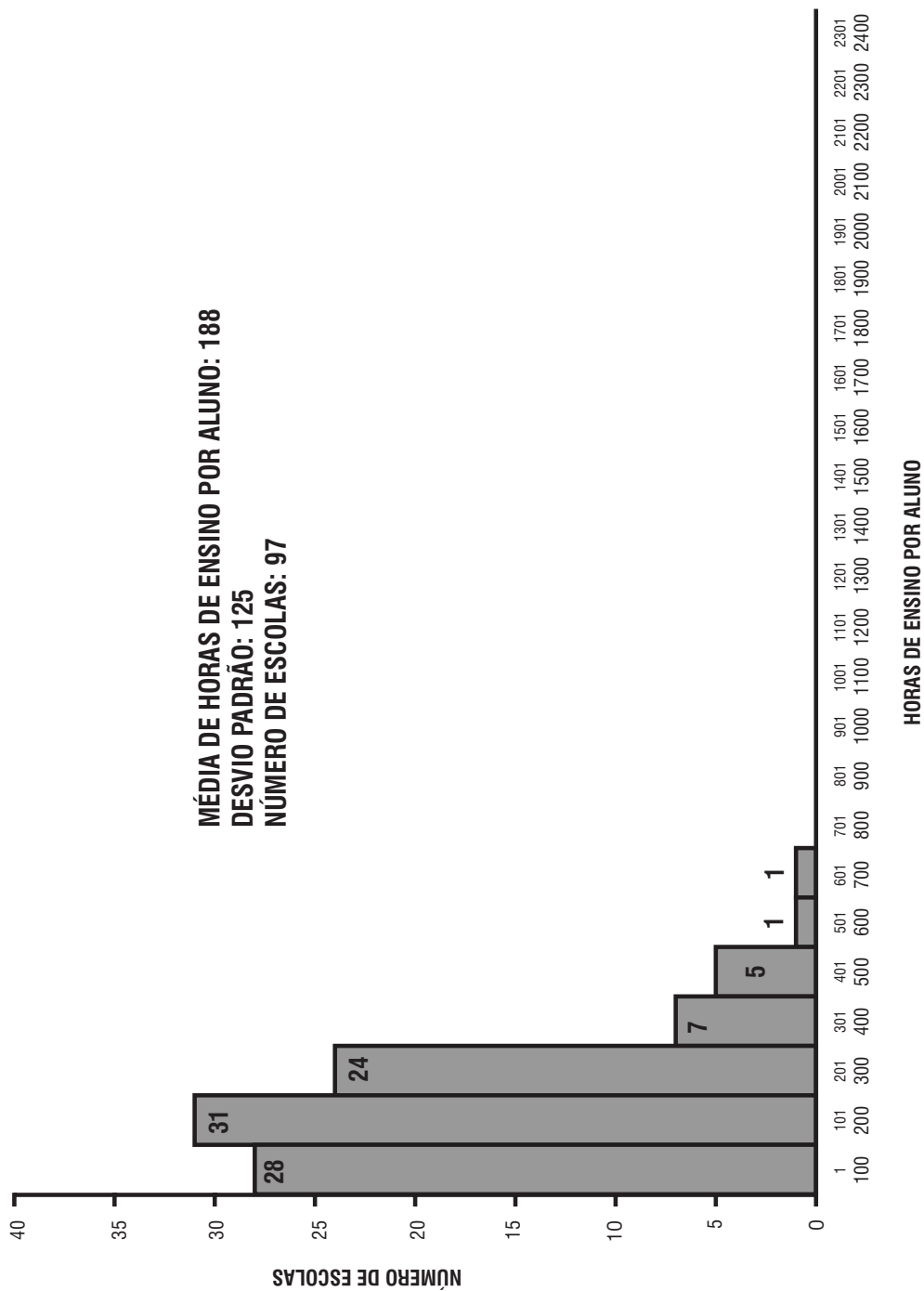
psicopatologia descritiva dos mecanismos de adaptação para incluir a relação entre tipos de personalidade e síndromes derivadas de acontecimentos ocorridos durante o desenvolvimento da criança e os princípios básicos da psicopatologia, tais como conduta regressiva e problemas de dependência. Assemelha-se, assim, à patologia interna – da área de medicina –, pois seu conteúdo é geral e abstrato e baseia-se no estudo de aspectos patológicos.

A *psiquiatria* é a disciplina que estuda o diagnóstico e o tratamento das doenças mentais e é a única matéria nas escolas com planos de estudo tradicionais.

A maioria das escolas de medicina tem uma disciplina nos primeiros anos do curso que pode ser psicologia geral ou psicologia médica. Todas têm uma matéria chamada psiquiatria, que geralmente é oferecida nos últimos anos do curso; umas poucas ensinam o complexo psicologia-psiquiatria durante todos os anos do curso (Quadro 16).

Quadro 16. Número de matérias em psicologia e psiquiatria em 100 escolas com curso completo segundo ano em que são ensinadas, 1967

Matéria	Curso						Total
	Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto	
Psicologia	2	9	9	1			21
Psicologia médica	15	22	18	5	1		61
Psicologia evolutiva	1	2					3
Psicobiologia		2	1				3
Psicologia social		1					1
Psicologia e psicopatologia			1				1
Psicopatologia			5	3	1		9
Semiologia psiquiátrica			1				1
Psicologia clínica			1				1
Psiquiatria		3	14	34	45	9	105
Neuropsiquiatria				1	2	1	4
Total	18	39	50	44	49	10	210

Figura 17. Escolas de medicina segundo horas de ensino de psicologia e psiquiatria por aluno

O menor número de horas de ensino por aluno encontrado nas escolas de medicina da América Latina é 12 e o mais alto é 698, com uma média de 188 horas (Figura 17).

A porcentagem de horas práticas de ensino nas 97 escolas de medicina com curso completo é 53%. Essa cifra é uma das mais baixas no plano de estudos e se deve ao fato de que, na maioria das escolas, a psicologia médica e a psicologia geral, disciplinas que integram esse campo de ensino, são ministradas de forma teórica.

PERCEPÇÃO DO PLANO DE ESTUDOS POR PARTE DOS ESTUDANTES

Em várias ocasiões se diz que os estudantes não possuem o conhecimento indispensável para avaliar o plano de estudos e, portanto, não estão capacitados para intervir nos órgãos governamentais que tomam decisões sobre os aspectos docentes. Nos últimos anos, entretanto, alguns grupos de educadores têm considerado indispensável a participação dos estudantes nas mudanças e avaliações dos planos de estudo.

A fim de conhecer a opinião que os estudantes tinham sobre o plano de estudos de sua escola, foi feita a seguinte pergunta a todos os alunos de seis escolas de medicina: em que medida os programas atuais de sua escola conseguem uma boa preparação dos estudantes das áreas mencionadas no Quadro 17?

Apesar de os alunos desconhecerem outras escolas com as quais pudessem estabelecer comparações, os resultados do estudo mostram certa correspondência entre os critérios e opiniões dos estudantes. Assim, a escola com maior número de horas por aluno em medicina preventiva e maior porcentagem de horas práticas é também a que apresentou uma maior porcentagem de estudantes que consideraram o ensino como “muito bom” (Quadro 17).

Quadro 17. Porcentagem de estudantes que qualificam com "muito boa" a preparação alcançada pelos atuais programas de suas escolas e alguns indicadores objetivos da qualidade do ensino em seis escolas de medicina latino-americanas

Indicadores	Escola					
	A	B	C	D	E	F
A. Opinião dos alunos						
Identificação e tratamento das enfermidades	57	50	37	26	23	18
Prevenção das enfermidades	13	28	11	18	33	8
Manutenção e promoção da saúde	28	20	10	16	21	6
Reabilitação do enfermo	15	23	11	14	13	6
Média para as quatro áreas	28	30	17	18	22	9
B. Critérios objetivos						
Total de horas de ensino por aluno	6.248	5.592	4.921	2.904	6.950	3.307
Horas de prática de ensino por aluno	4.831	2.519	2.737	1.580	5.622	1.063
Porcentagem de ensino prático de medicina preventiva e social	46	47	7	46	60	6
Horas de ensino de medicina preventiva por aluno	378	170	324	112	486	172

É evidente que os estudantes não são espectadores passivos das atividades docentes e que sua avaliação coincide com uma série de critérios objetivos. A crença de que o estudante é incapaz de emitir juízos adequados acerca do processo de ensino reflete a atual estrutura de relações nesse processo, na qual o aluno assume um papel passivo e está submetido à autoridade do pessoal docente.

As teorias ou crenças sobre o processo de ensino expõem o modo predominante de produção de médicos e, consequentemente, pouco ou nenhum efeito terão as ações destinadas a mudar essas crenças se, ao mesmo tempo, não se transformar radicalmente a atual estrutura de ensino, que é, em última instância, o que interessa. Por outro lado, mudanças no modo de produção de médicos, tal como parece estar ocorrendo em alguns países, podem ser obstaculizadas pela persistência de certas crenças e superestruturas pertencentes a formas prévias de produção de médicos.

CONCLUSÕES

A análise do plano de estudos das escolas de medicina latino-americanas revela ter ocorrido pouca mudança ao longo dos anos, ainda que tenham se produzido melhoras em algumas áreas durante a última década, tais como o aumento de horas por aluno, maior proporção de aulas práticas e introdução de novas disciplinas. Apesar de essas mudanças terem sido secundárias face à manutenção praticamente inalterada da estrutura de ensino, em algumas escolas se identificam sinais que permitem prever a possibilidade de ocorrerem profundas transformações. Um deles é a formação crescente de uma consciência da incompatibilidade entre o marco conceitual das disciplinas recentemente incluídas e o marco conceitual que fundamenta a estruturação das matérias mais antigas e tradicionais no currículo.

Com a finalidade de superar essa contradição e outras existentes nos planos de estudos atuais, um grupo de educadores médicos iniciou a aplicação de princípios educacionais ao desenho do plano de estudos, recorrendo para isso, talvez pela primeira vez na história da educação médica latino-americana, a teorias elaboradas na área de educação e nas ciências sociais aplicadas.

Alguns desses princípios educacionais, cuja aplicação poderia ajudar a resolver alguns problemas atuais da educação médica, seriam, seguindo em parte a McKeachie, os seguintes: organização, motivação, criatividade, variedade de experiências e retroalimentação.[37]

Organização

O princípio de organização, derivado de diversas investigações educacionais, postula que "o conhecimento se aprende melhor quando se ensina de forma organizada e relacionada". McKeachie diz, sobre esse princípio, que "o ensino que ajude o estudante a encontrar um marco de referência no qual incorporar fatos será provavelmente mais efetivo que a simples comunicação de uma grande quantidade de informações na qual o estudante não veja nenhuma organização".[38] Esse princípio é relevante para o desenho do currículo médico porque a grande quantidade de fatos pertinentes à medicina e a mudança rápida que estes experimentam em tempo curto, somadas à duração do curso médico, impedem que o ensino abarque tudo o que se sabe, sendo, portanto, fundamental que o aluno adquira um marco de referência que lhe permita incorporar todo o conhecimento da forma mais rápida possível.

Marco conceitual ou paradigma é definido exatamente como a apresentação de um fenômeno ou acontecimento em linhas gerais, destacando suas características mais significativas; tem, portanto, certo grau de generalidade que o torna aplicável a situações distintas dentro de uma área semelhante.[39] A importância dos paradigmas ou modelos do desenvolvimento das ciências tem sido enfatizada por diversos autores, e alguns deles, como Kuhn,[40] consideram que a atividade científica se desenvolve dentro dos limites de um determinado paradigma, a tal ponto que os grandes avanços científicos ocorrem quando se muda de um paradigma científico para outro.

É evidente que os planos de estudo vigentes nas escolas de medicina latino-americanas não têm um marco conceitual claro e explícito que o estudante possa perceber no seu primeiro ano e usar como guia permanente durante seus estudos e, posteriormente, no exercício profissional. Alguns indicadores, entretanto, permitem supor que a medicina sofrerá uma mudança desse tipo, pois parece que o marco conceitual vigente não dará conta de integrar nem o conhecimento atualmente acumulado nem as teorias concebidas durante a última década.

A mudança de paradigma ou de marco conceitual tem sido muito bem descrita por Andrade[41] que define o modelo prevalente atualmente como aquele no qual

> predomina o conceito de doença como acidente ou episódio mais ou menos isolado, o conceito de ser humano como um ser eminentemente biológico e a compreensão do exercício da medicina como uma atividade profissional de caráter liberal, na qual a relação médico-paciente tem um sentido de compra de serviços. Quando este médico trabalha em um hospital, com frequência considera essa instituição autossuficiente, isolada do resto do sistema de serviços de saúde e destinada somente à atenção ao paciente durante sua hospitalização. [E continua]: Para se formar um médico diferente deste é preciso começar por identificar os conceitos que possam contribuir para a definição do marco conceitual dentro do qual se deseja que o médico exerça suas funções.

Apesar de haver esforços promissores nessa direção, não existe um marco conceitual ou paradigma que tenha alcançado consenso suficiente para ser aplicado no ensino médico. Para que esse marco conceitual seja definido e consolidado, "é necessário, em primeiro lugar, que as unidades curriculares do plano de estudos e os critérios que regem sua definição (critérios para a organização do conhecimento) coincidam com o marco conceitual e o reforcem; em segundo lugar, que a sequência e o conteúdo das unidades curriculares, assim como suas

relações internas, a atitude dos docentes e o ambiente educacional, também guardem relação com o marco conceitual".

No capítulo sobre o "Ensino da medicina preventiva e social" são analisados alguns dos paradigmas propostos, que tratam de redefinir e ampliar o atual marco conceitual da medicina.

Motivação

Esse princípio sustenta que "os estudantes aprendem aquilo que desejam aprender e têm dificuldade de aprender o que não lhes interessa". A escola de medicina parece ter esquecido sistematicamente esse princípio ao propor que o contato com pacientes só aconteça nos últimos anos. Diversos estudos apontam que o estudante chega na escola com o objetivo de observar e tratar pacientes e que essa motivação inicial deveria ser aproveitada no ensino. Nos planos atuais essa motivação é utilizada somente com o sentido de uma gratificação postergada, quando se diz ao estudante que primeiro ele deve conhecer as bases científicas da medicina e depois ver pacientes. Esse dilema é difícil de sustentar de acordo com os conhecimentos pedagógicos de que se dispõe atualmente.

O contato precoce com pacientes, com as funções do médico e dos serviços de saúde estimulariam seguramente o interesse do aluno por aprender outros aspectos menos interessantes.

Isso não quer dizer que as únicas motivações que podem ser utilizadas são as que os estudantes trazem ao ingressar nas escolas de medicina; outras motivações podem ser criadas, sobretudo levando-se em conta que a "imagem" que os estudantes possuem antes de ingressar no curso não é necessariamente a que adquirirão nele mais tarde.

Criatividade

Na definição desse princípio repetimos as palavras de Piaget, para quem

> [...] o conhecimento não é uma cópia da realidade. Conhecer um objeto, conhecer um acontecimento, não é somente olhar para ele e fazer uma cópia mental, uma imagem. Conhecer um objeto é atuar sobre ele. Conhecer é modificar, transformar o objeto e entender o processo de transformação e, consequentemente, entender a forma como esse objeto é construído. A essência do conhecimento é, portanto, uma ação internalizada, uma operação que modifica o objeto de conhecimento.[42]

“Uma coisa só se compreende na medida em que é reinventada”

Esse princípio tem sido confundido com o de aprendizagem ativa, que se refere à participação do estudante em uma atividade que pode ser rigorosamente programada, teórica ou prática. A criatividade a que nos referimos requer que o estudante transforme ou modifique a situação ou o objeto de estudo. Assim, a aprendizagem será ativa quando o estudante participar de todas as tarefas de um programa de saúde previamente elaborado pelo pessoal docente ou por autoridades sanitárias, enquanto uma aprendizagem por transformação é aquela na qual o estudante identifica as necessidades ou problemas de saúde da população, escolhe um problema como foco de sua atividade, planeja uma solução, ou seja, as ações que precisam ser realizadas para resolver o problema e executa as atividades contempladas nesse plano de ação.

Com esse princípio se inverte a relação entre teoria e prática adotada nas escolas de medicina, que começam pela teoria, pelos princípios gerais e leis científicas, deixando para depois sua aplicação na realidade, exatamente o contrário do processo natural de aquisição de conhecimentos. A aplicação de leis gerais a fenômenos concretos e particulares é um dos problemas mais importantes da educação médica e sua solução deve guiar-se pelo princípio aqui enunciado.

Gramsci aplicava esse princípio a um período de formação prévia ao ensino universitário que ele chamava de “escola criativa” e cuja descrição e justificativa apresentamos a seguir para aclarar o significado desse princípio educacional:

> A escola criativa não significa uma escola de inventores ou exploradores; significa um estado e um método de investigação e conhecimento, não um programa determinado com a obrigação de originalidade e inovação a todo custo. Significa que a aprendizagem acontece fundamentalmente através de um esforço espontâneo e independente do aluno, no qual o professor atua como um guia amistoso, como sucede ou deveria suceder nas universidades. A descoberta de uma verdade por si mesmo, sem sugestões ou ajuda externa é criação, ainda que esta verdade seja conhecida há muito tempo.[43]

Gramsci propõe uma nova relação entre professor e aluno, na qual o primeiro assume o papel de guia, superando, assim, a relação de poder tradicional entre professor e aluno. O princípio da criatividade ou aprendizagem através da descoberta não pode ser aplicado quando se usa a relação tradicional entre professor e aluno, na qual o professor exerce uma autoridade baseada no conhecimento especializado que possui. Para promover a criatividade, a relação professor-aluno deve ser de tal modo que o aluno recorra ao professor para solucionar um pro-

blema ou sintetizar um conjunto de achados, usando sua capacidade como especialista no campo, assumindo, portanto, uma competência limitada, que não abarca de nenhum modo a área afetiva ou atitudinal. Essa relação é, consequentemente, essencialmente antiautoritária.

Variedade de experiências

A aplicação do princípio de criatividade perde toda a efetividade quando as experiências são repetitivas; a experiência com situações diversas permite o desenvolvimento de princípios gerais que podem ser aplicados a novas situações. Todo paciente e todo problema concreto de saúde é, para o médico, um fenômeno novo, que pode ser parecido com outros que ele tenha visto no passado, mas nunca é idêntico. O objeto concreto de trabalho do médico, do mesmo modo que em qualquer outra profissão, é único, irrepetível e específico e, consequentemente, é novo, nunca visto, a cuja explicação é necessário aplicar os princípios e leis gerais elaboradas pela ciência, tanto as ciências naturais quanto as ciências sociais.

Como o número de situações ou fenômenos concretos é infinito, deve-se empregar alguma estratégia para acelerar a aprendizagem dos princípios gerais depois de o aluno ter sido exposto a diversas situações concretas; uma dessas estratégias é a verbalização, ou seja, a expressão verbal dos princípios gerais e das leis científicas, que são transmitidos por meio das aulas teóricas ou material escrito. As aulas teóricas e os livros e textos têm, assim, um lugar definido no processo de aprendizagem e não podem ser eliminados sem prejudicar o ensino, como acontece em algumas escolas. Um exemplo das consequências negativas do emprego de experiências repetitivas são os programas de tutoria familiar, que designam uma ou duas famílias a cada estudante por um longo período, impedindo dessa forma que o estudante infira os elementos comuns que existem em um grupo maior de famílias e reconheça nelas as leis gerais que regem o fenômeno saúde-doença. Tem-se tentado solucionar esse inconveniente mediante a discussão do conjunto de famílias, porém são poucas as oportunidades em que se consegue verbalizar os elementos comuns a todo o grupo.

Retroalimentação

As experiências que permitem a criatividade podem ser improdutivas do ponto de vista educacional se o aluno não "vê" os resultados de sua ação. Isso se aplica também a qualquer atividade educacional. A retroalimentação é menos

efetiva quando se distancia da ação que se deseja aprender; esse é o caso de muitas das medidas preventivas, cujos resultados só se percebem no longo prazo.

Os princípios educacionais discutidos e outros similares devem levar em conta certos fatores sociais que interferem no processo educacional, tais como a "cultura estudantil" e a separação entre o ensino e o trabalho médico.[44]

Os grupos estudantis elaboram suas próprias normas e definem seus interesses, sendo que frequentemente estas diferem das normas do pessoal docente, que são dominantes na instituição. Os programas educacionais que não levam em conta as normas do grupo estudantil podem fracassar porque são percebidos como imposições, e é por isso que têm sido desenvolvidos vários métodos educacionais que levam em conta este fator.

O problema parece residir na estrutura social predominante nas escolas, que conduz à formação de estratos com poderes diferentes, sendo que os estudantes ocupam uma posição de menor poder. Uma forma de resolver essa situação seria a formação de grupos solidários que enfrentassem, direta ou indiretamente, o grupo docente.

A integração das atividades de ensino com as atividades destinadas a transformar a realidade do setor saúde constitui, como indicado no primeiro capítulo, um dos elementos-chave para a mudança do processo de ensino.[45] O êxito dessa integração requer a aplicação do princípio educacional denominado como "criatividade", ou seja, a participação ativa do estudante no grupo de trabalho que tenha sob sua responsabilidade o cuidado à saúde de uma população. Nessa situação, desaparece o papel do estudante e emerge o de trabalhador da saúde, que, junto com outros membros do grupo médico, pode estabelecer os objetivos e metas para mudar uma situação de saúde, planejar as ações para alcançá-los, realizar e avaliar tais ações. O aprendizado, assim, é o resultado de um processo de participação.

NOTAS

1 No Brasil atualmente este período inclui: ensino fundamental (nove anos), ensino médio (três anos), curso médico (seis anos), perfazendo um total de 18 anos de estudo. Com a inclusão do curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (três anos) como primeiro ciclo do curso médico, esse tempo pode prolongar-se, em média, por mais um a três anos (N. T.).

2 No Brasil o internato faz parte do curso médico (segundo ciclo, profissionalizante), estando incluído nas atividades necessárias para obtenção do diploma (N. T.).

3 A informação sobre planos de estudo da Universidade Central da Venezuela foi obtida do livro do dr. Bas Bruni Celli: *História de la Facultad de Medicina de Caracas* (Caracas: [Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela], 1957).

4 Em espanhol, o termo "disciplina" se refere a recortes do conhecimento científico, sendo usado o termo "asignatura", que, no Brasil, se usa para nomear as disciplinas acadêmicas inseridas no currículo. Para evitar essa ambiguidade, decidimos traduzir "asignaturas" por componente curricular, mas em alguns trechos utilizamos indistintamente o termo "disciplina" referido a unidades ou componentes curriculares, quando pertinente para garantir a inteligibilidade do pensamento do autor (N. T.).

5 Bernhard J. Stern assinala, em seu livro *American Medical Practice* (New York: The Commonwealth Fund, 1945), a importância da invenção dos instrumentos no desenvolvimento das especialidades. Referindo-se aos Estados Unidos, diz: "Enquanto as subdivisões da prática médica de acordo com órgãos e doenças se desenvolveram lentamente, qualquer grau considerável de especialização bem-sucedida aguardava avanços na tecnologia médica, bem como um aumento no tamanho e na riqueza da população. O campo da oftalmologia pode ser usado como exemplo. O oftalmoscópio foi inventado em 1851. Em 1855, Elkanah Williams, de Cincinnati, introduziu os instrumentos neste país (EUA) e foi o primeiro médico americano a limitar sua prática exclusivamente à oftalmologia e à otologia. As escolas médicas gradualmente estabeleceram departamentos independentes de oftalmologia e otologia: Cincinnati em 1860, Bellevue em 1868, Rush em 1869, Northwestern em 1870, Harvard em 1871 e Pensilvânia em 1872". Mais adiante, Stern agrega: "Passo a passo diante da oposição persistente, uma especialidade passa a ser reconhecida, as escolas médicas estabelecem primeiro cursos e depois departamentos no assunto, tornando assim os achados especializados em posse comum dos praticantes mais jovens e estes, por sua vez, servem de base para especialidades cada vez mais estreitas". Louis de Broglie diz, a respeito da importância dos instrumentos no desenvolvimento das ciências: "Todo passo importante dado pela astronomia, física, química ou biologia, demandou uma condição especial: a existência prévia ou a invenção de certos aparelhos". (LOUIS, B. *Matter and Light*. New York: Norton, 1939)

6 "Atual" aqui se refere ao ano de realização da pesquisa conduzida por García, sendo que a coleta de dados ocorreu entre o final de 1967 e início de 1968 (N. T.).

7 GORSKI, D. P.; TAVANTS, P. V. *Lógica*. México, DF: Editorial Grijalbo, 1968.

8 FARRINGTON, B. "Demócrito, Platão e Epicuro". *Filosofia del Futuro*, México, DF, 1951.

9 O'Malley, ao discorrer sobre a educação médica durante o Renascimento, diz que: "[...] as escolas médicas parecem ter oferecido normalmente um curso no que pode ser chamado de cirurgia teórica para aqueles que buscavam o diploma de medicina e, às vezes, como em Paris, um segundo curso foi dado no vernáculo para os cirurgiões iniciantes que tiveram ou não a vantagem do curso de arte da universidade e o conhecimento do importante Latim [...]". (Medical education during the Renaissance. *In*: O'MALLEY, C. D. (ed.). *The History of Medical Education*. Los Angeles: University of California Press, 1970)

10 Parte da medicina que descreve, diferencia e classifica as enfermidades (N. T.).

11 A história da criação do currículo integrado na escola de medicina de Western Reserve pode ser encontrada no *The Journal of Medical Education* (v. 31, n. 8, 1956). Segundo esta publicação, de 1945 a 1956 foram realizados encontros e debates sobre a preparação do novo plano de estudos. Segundo John W. Paterson, uma das metas do novo plano era solucionar o problema de transmitir ao estudante a grande quantidade de informação acumulada em medicina e saber que parte dessa informação seria relevante para o futuro. Daí que o novo plano de estudo teve como objetivo: "aprofundar

nos princípios gerais dos quais podem ser deduzidos certos atos e dar importância aos métodos com os quais se pode solucionar os problemas”.

12 Mechanic estudou as dimensões sociais do estresse de um grupo de estudantes durante os exames para o doutorado e mestrado. A importância dos exames como fonte de tensão foi descrita por Mechanic da seguinte forma: “Do ponto de vista pessoal, a ansiedade é um indicativo de ameaça ao self e, como os exames são importantes para o aluno, a ansiedade pode ser despertada por indícios de que ele não está lidando adequadamente com a tarefa, a situação competitiva ou ambas. A referência a um livro, artigo ou estudo sobre o qual o aluno sabe pouco, as observações de que os outros têm uma abordagem aparentemente melhor nos exames e os estímulos que interferem no estudo – tudo isso faz com que o indivíduo questione a eficácia de seu enfrentamento. A ansiedade, no entanto, nem sempre é um fardo. De fato, pode desempenhar um papel motivador na preparação do aluno e incentivá-lo a dedicar mais esforço e tempo aos estudos”.

13 Decidimos manter o termo “morfologia”, que inclui um conjunto de disciplinas. Ver adiante a enumeração feita a partir do Comitê de Experts da Opas/OMS, utilizada pelo autor (N. T.).

14 Referência ao modelo da História Natural das Doenças (HND) amplamente divulgado no tratado de medicina preventiva e social (LEAVELL; CLARK, 1965) (N. T.).

15 *Enseñanza de la Morfología en las Escuelas de Medicina de la América Latina*. Primer informe del Comitê de Expertos de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Morfología. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. A. Educación Médica nº 9. OPS/OMS, Washington, D. C., 1970.

16 A informação sobre as horas de ensino de morfologia em 68 escolas de medicina, em 1957, foi obtida do estudo sobre o ensino das ciências básicas nas escolas de medicina da América Latina realizado pela ALACF e Opas. (SAMUEL, M.; LOUIS, M. Encuesta sobre la enseñanza de las ciencias básicas preclínicas en las escuelas de medicina en América Latina. *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, D.C., v. 52, n. 6, 1962)

17 Resoluções sobre ensino e investigação aprovadas na Segunda Reunião da Alcaf, 12 e 13 de janeiro de 1959, Buenos Aires, Argentina.

18 *Enseñanza de la Bioquímica en las Escuelas de Medicina de la América Latina*. Primer informe del Comitê de Expertos de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Bioquímica. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. A. Educación Médica n. 2. OPS/OMS, Washington, D.C., 1969.

19 *Enseñanza de la Fisiología en las Escuelas de Medicina de la América Latina*. Primer informe del Comitê de Expertos de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Fisiología. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. A. Educación Médica n. 4. OPS/OMS, Washington, D.C., 1969.

20 *Enseñanza de la Farmacología en las Escuelas de Medicina de la América Latina*. Primer informe del Comitê de Expertos de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Farmacología. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. A. Educación Médica n. 3. OPS/OMS, Washington, D.C., 1969.

21 A informação sobre as horas de ensino de ciências fisiológicas em 68 escolas de medicina, em 1957, foi obtida do estudo referido na nota 17.

22 *Enseñanza de la Patología en las Escuelas de Medicina de la América Latina*. Primer informe del Comitê de Expertos de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Patología. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. A. Educación Médica n. 1. OPS/OMS, Washington, D.C., 1969.

23 *Enseñanza de la Patología en las Escuelas de Medicina de la América Latina*. Primer informe del Comitê de Expertos de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Patología. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. A. Educación Médica n. 1. OPS/OMS, Washington, D.C., 1969.

24 A informação sobre as horas de ensino de patologia em 68 escolas de medicina, em 1957, foi obtida do estudo referido na nota 17.

25 *Enseñanza de la Microbiología en las Escuelas de Medicina de la América Latina*. Primer informe del Comitê de Expertos de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Microbiología. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. A. Educación Médica n. 14. OPS/OMS, Washington, D.C., 1971.

26 *Enseñanza de la Parasitología en las Escuelas de Medicina de la América Latina*. Primer informe del Comitê de Expertos de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Parasitología. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. A. Educación Médica (mimeografado). OPS/OMS, Washington, D.C., 1972.

27 *Enseñanza de la Medicina Interna en las Escuelas de Medicina de la América Latina*. Primer informe del Comitê de Expertos de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Medicina Interna. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. A. Educación Médica n. 8, OPS/OMS, Washington, D.C., 1970.

28 Vern L. Bullough analisa a posição da medicina na Idade Média e diz: "O médico, ao tentar tornar sua profissão tão cerebral e especulativa quanto o advogado ou o teólogo, evitou a perda de status que poderia advir do uso de técnicas manuais. De fato, todas as ações manuais ligadas ao tratamento dos doentes passaram a ser vistas como indignas do médico, como *infra dignitatem*. Isso deixaria um vazio, preenchido pelos cirurgiões emergentes. Mas infelizmente a atitude do médico repercutiu. Os cirurgiões não estavam dispostos a ser relegados à classe dos praticantes manuais. Eles tentaram reivindicar status igual aos médicos imitando as atitudes e perspectivas de seus rivais e fazendo o mínimo de trabalho manual possível. Tal conflito levou ao descaso de muitos aspectos da medicina e ao surgimento de outros grupos, barbeiros, barbeiros, cirurgiões, boticários e outros, para preenchê-los. Os médicos, até certo ponto afastados dos contatos reais com o conhecimento anatômico de que dispunha o cirurgião, tentavam construir uma filosofia natural da medicina; os cirurgiões, tentando rivalizar com o médico, negligenciavam cada vez mais aspectos teóricos que lhes dariam maior status; mas infelizmente eles não tinham a tradição erudita que tornaria isso inteiramente inteligível para eles; os barbeiros, satisfeitos em serem praticantes empíricos, não eram tão versados nos aspectos teóricos da medicina, enquanto o boticário se tornou uma especialidade cada vez mais restrita". (BULLOUGH, V. L. Status and medieval medicine. *Journal of Health and Human Behavior*, Washington, D.C., v. 3, n. 3, p. 204-210, 1961)

29 Organización Mundial de la Salud: Grupo de estudios sobre la enseñanza de la Pediatría. Serie de Informes Técnicos, nº 119, Ginebra, 1957.

30 *Enseñanza de la Pediatría en las Escuelas de Medicina de la América Latina*. Primer informe del Comitê de Expertos de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Pediatría. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. A. Educación Médica n. 5, OPS/OMS, Washington, D.C., 1969.

31 Organización Mundial de la Salud: Grupo de estudios sobre la enseñanza de la Pediatría. Serie de Informes Técnicos, n. 119, Ginebra, 1957.

32 *Enseñanza de la Pediatría en las Escuelas de Medicina de la América Latina*. Primer informe del Comitê de Expertos de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Pediatría. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. A. Educación Médica n. 5, OPS/OMS, Washington, D.C., 1969.

33 WEGMAN, MYRON E.; HUGHES, JAMES G.; PUFFER, RUTH R. La enseñanza de la Pediatría en América Latina. *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, D.C., v. 54, n. 4, p. 281-315, 1958. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos. A. Educación Médica). Mimeo.

34 Organización Mundial de la Salud: Grupo de estudios sobre la enseñanza de la Pediatría. Serie de Informes Técnicos, n. 119, Ginebra, 1957.

35 Organización Mundial de la Salud: Grupo de estudios sobre la enseñanza de la Pediatría. Serie de Informes Técnicos, n. 119, Ginebra, 1957.

36 An outline for a curriculum for teaching psychiatry in medical schools. *Journal of American Medical Education*, Chicago, v. 31, n. 2, 1956.

37 W. J. McKeachie considera sete princípios: motivação, organização, variabilidade, verbalização, retroalimentação, resultados imediatos do que se deseja aprender e aprendizagem ativa. No presente texto, o princípio da verbalização é tratado no de variabilidade e o de resultados imediatos, no de retroalimentação. O princípio de aprendizagem ativa foi substituído pelo de criatividade, que, por ser mais geral, o inclui. (Research on Teaching at the college and university level. *In*: GAGE, N. L. (ed.). *Handbook of Research on Teaching*. Chicago: Rand McNally & Company, 1963)

38 W. J. McKeachie considera sete princípios: motivação, organização, variabilidade, verbalização, retroalimentação, resultados imediatos do que se deseja aprender e aprendizagem ativa. No presente texto, o princípio da verbalização é tratado no de variabilidade e o de resultados imediatos, no de retroalimentação. O princípio de aprendizagem ativa foi substituído pelo de criatividade, que, por ser mais geral, o inclui. (Research on Teaching at the college and university level. *In*: GAGE, N. L. (ed.). *Handbook of Research on Teaching*. Chicago: Rand McNally & Company, 1963)

39 GARCÍA, J. C. Paradigmas para la enseñanza de las ciências sociales em las escuelas de medicina. *Educación Médica y Salud*, Washington, D.C., v. 5, n. 2, 1971.

40 Kuhn emprega o termo "paradigma" em um sentido similar ao que usamos neste texto quando nos referimos a paradigmas para o ensino, quer dizer, como a constelação de acordos de grupo. É provável que a definição de marco conceitual ou paradigma, que se apresenta neste capítulo, possa ser confundida com o conceito de teoria científica. A HND, por exemplo, não é uma teoria, e sim um esquema geral dos acordos da profissão médica sobre a enfermidade. O papel dos paradigmas no desenvolvimento da ciência é apontado por Kuhn quando diz que "[...] as revoluções científicas são consideradas aqui como aqueles episódios de desenvolvimento não cumulativo no qual um antigo paradigma é substituído, completamente ou em parte, por outro, novo e incompatível com o anterior". (KUHN, T. *La estructura de las Revoluciones científicas*. México, DF: Fondo de Cultura Econômica, 1971)

41 ANDRADE, J., La estratégia educacional en el plano de estúdios. *Educación Médica y Salud*, Washington, D.C., v. 5, n. 2, 1971.

42 Citado em "Jean Piaget: Notes on Learning", por Frank G. Jennings, *Saturday Review*, 20 de mayo, 1967.

43 GRAMSCI, A. La organización de la escuela y de la cultura. *In*: GRAMSCI, A. *La formación de los intelectuales*. México, DF: Editorial Grijalbo, S. A., 1967.

44 A cultura estudantil na escola de medicina tem sido estudada por Howard S. Becker e colaboradores, e apresentada no livro *Boys in White: student culture in a medical school* (Chicago: University of Chicago Press, 1961). Everett C. Hughes, Howard S. Becker e Blanche Geer definem cultura estudantil como "um conjunto completo de concepções e imagens de problemas e situações e uma solução adequada e justificável deles alcançada pelos alunos; em parte passado de uma geração de alunos para outra, em parte aparentemente redescoberto – ou pelo menos reforçado – por cada geração

sucessiva à medida que passam pela mesma experiência". (Student culture an academic effort. *In*: SANFORD, N. (ed.). *The American College*. New York: John Wiley and Sons, Inc, 1962)

45 Gramsci critica a ilusão de poder se realizar uma pedagogia libertadora como pedagogia dos indivíduos isolados em si mesmos: "A participação realmente ativa do aluno na escola pode existir unicamente se a escola estiver ligada à vida". (*La formación de los intelectuales*. México, DF: Editorial Grijalbo, S. A., 1967)

CAPÍTULO 3

ENSINO DA MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

O termo "medicina preventiva" tem sido usado há muito tempo nas escolas de medicina, porém seu significado nunca foi suficientemente esclarecido, conforme a apreciação do Comitê de Experts da Opas/OMS para o Ensino da Medicina Preventiva e Social,[1] que assinala, em seu primeiro relatório (novembro de 1968), o seguinte: "a discussão evidenciou a necessidade conceitual e metodológica existente em muitos países e centros de ensino, de definir os limites do termo 'medicina preventiva' que vem sendo usado há várias décadas com uma acepção muito ampla".

A dificuldade decorre de o termo abarcar uma série de disciplinas ou matérias cujo conteúdo ultrapassa os limites dados em algumas definições de medicina preventiva; isso devido, em parte, ao fato de os departamentos ou cátedras de medicina preventiva terem introduzido o ensino de matérias que, embora não possam ser incluídas sob o rótulo de medicina preventiva, oferecem conhecimentos básicos para o ensino dessa disciplina, como, por exemplo, bioestatística. Talvez pela mesma razão, na Conferência sobre o Ensino da Medicina Preventiva realizada em Colorado Springs (Estados Unidos)[2] em 1952, seus integrantes expressaram "alguma insatisfação com o termo 'medicina preventiva' apesar de não encontrarem um substituto aceitável".

O termo "medicina preventiva" tem sido definido de diferentes maneiras: em sua acepção mais limitada, como "a parte da medicina cujo objetivo é prevenir e evitar a ocorrência de doenças", e, em sua acepção mais ampla, como as ações médicas destinadas a "evitar a ocorrência da doença, interromper o seu curso em qualquer etapa do seu desenvolvimento, prolongar a vida e promover a saúde e a eficiência física e mental". De acordo com esta última definição, proposta por Leavell e Clark,[3] medicina preventiva é medicina.

A dificuldade de definir claramente esse termo fica ainda maior quando se leva em conta que termos como "saúde pública", "medicina social" e "medicina comunitária" são usados como sinônimos de medicina preventiva.

Saúde pública tem sido definida como a organização e direcionamento dos esforços coletivos para proteger, fomentar e recuperar a saúde, e sua relação com a medicina preventiva foi apresentada na Conferência de Colorado Springs da seguinte forma: "Até há pouco tempo o ensino da medicina preventiva significava ensino da saúde pública". Isso era uma expressão da separação tradicional entre o médico praticante e as organizações de saúde da comunidade. Hoje em dia, o termo "medicina preventiva" tem um significado mais amplo, incluindo saúde pública como uma parte especial de sua preocupação geral pela manutenção da saúde em todos os seus aspectos.

Na Inglaterra se utiliza o termo "medicina social" para designar os departamentos e disciplinas que em outros países têm sido denominados de medicina preventiva, o que parece indicar que esses termos são empregados indistintamente. Entretanto, alguns autores[4] diferenciam a medicina social da medicina preventiva, definindo "medicina social" como o "ramo da medicina que se ocupa das relações recíprocas que existem entre a doença, a saúde e as condições econômicas e sociais dos grupos humanos".

Até 1964 não existia nas escolas de medicina dos Estados Unidos nenhum departamento com o nome de medicina social,[5] porém isso pode não ter sido decorrente de o termo ser considerado sinônimo de medicina preventiva, e sim para evitar a confusão com a medicina socializada.[6]

A definição e o uso da expressão "medicina social", segundo Cottrell,[7] têm sido sempre um motivo de controvérsias. Essa expressão parece estar caindo em desuso devido à inutilidade de se continuar insistindo que a maioria das enfermidades tenha origens, aspectos e consequências sociais.

O uso do termo "medicina preventiva e social" nas escolas de medicina da América Latina permite supor que se atribuem diferentes significados a "medicina preventiva" e a "medicina social"; além disso, a diversidade de nomes que designam as cátedras ou departamentos que ensinam o que se denomina medicina preventiva e social indica que não existe consenso nessa área. A diferença na denominação não significa que o conteúdo das disciplinas ou matérias ensinadas seja muito diferente; por exemplo, certas escolas com departamentos de medicina preventiva incorporam nesses departamentos o ensino da microbiologia e parasitologia, enquanto outras, apesar de usar o mesmo nome no departamento, não incluem essas disciplinas.

As denominações mais utilizadas para designar as cátedras ou departamentos de medicina preventiva são: medicina preventiva e social; medicina preventiva; higiene e medicina preventiva; e medicina preventiva e saúde pública (Quadro 18). Em todas essas denominações está presente o termo "medicina preventiva".

Quadro 18

Nome de departamento ou cátedra	Argentina	Bolívia	Brasil	Colômbia	Costa Rica	Cuba	Chile	Equador	El Salvador	Guatemala	Haiti	Jamaica	Honduras	México	Nicarágua	Panamá	Paraguai	Peru	República Dominicana	Uruguai	Venezuela	Total
Medicina preventiva e social	1		2	2			2			1		1	1	2					1		6	19
Medicina preventiva	1		5	2	1	2		1						6				1				19
Higiene e medicina preventiva	2		9											1						1		13
Medicina preventiva e saúde pública		1	1	2			1	2	1					1	1		1	2				13
Medicina preventiva e sociologia médica														9								9
Higiene	1		5																			6
Higiene e medicina social	4																					4
Higiene, medicina preventiva e do trabalho			3																			3
Saúde pública		1												1								2
Medicina social			2																			2
Etiologia, saúde pública e patologia		1																				1
Patologia e medicina preventiva			1																			1
Parasitologia e higiene			1																			1
Medicina preventiva e do trabalho			1																			1
Higiene e saúde pública			1																			1
Saúde da comunidade				1																		1
Medicina preventiva e tropical											1											1
Higiene e dietética														1								1
Medicina preventiva, saúde pública e bioestatística																1						1
Pediatria e medicina social																		1				1
Total	9	3	31	7	1	2	3	3	1	1	1	1	1	21	1	1	1	4	1	1	6	100

É interessante observar que, em alguns países, predominam denominações tais como “medicina preventiva e sociologia médica”, no México; higiene e medicina preventiva, no Brasil; e medicina preventiva e social, na Venezuela; isso pode derivar da influência de alguma pessoa ou atividade nacional, como no caso da Venezuela, onde a primeira reunião de educação médica sugeriu a adoção do nome de medicina preventiva e social. Higiene tem sido o nome utilizado na área em algumas escolas latino-americanas, seguindo a tradição das escolas europeias, em especial das francesas. No começo do século XIX, os planos de estudos das escolas latino-americanas incluíam uma cátedra de higiene e fisiologia que se oferecia nos primeiros anos do curso e que começa a se dividir, em duas cátedras na segunda metade desse século, de modo que higiene passou a ser ensinada nos últimos anos do curso com o nome de higiene privada e pública, com um programa que corresponderia ao que atualmente chamamos medicina preventiva.

A denominação de higiene e seu conteúdo se manteve até a década de 1940, quando pela primeira vez se deu a certas cátedras o nome de higiene e medicina social, influenciadas, talvez, pela criação da cátedra de medicina social em Oxford, Inglaterra.

A partir dessa data começa também a se perceber a influência da educação médica norte-americana nas escolas latino-americanas, e muitas delas adotam o nome de medicina preventiva. Durante a década de 1950 se assiste à proliferação de conferências e seminários que estabelecem as linhas gerais do desenvolvimento do ensino da medicina preventiva nas décadas seguintes.[8] Entre as conferências que têm um impacto particular sobre a medicina preventiva podemos citar a de Colorado Springs, da Associação Americana de Colégios Médicos, em 1952; a Conferência de Nancy das Escolas Europeias, em 1953; o Primeiro Congresso Mundial sobre Educação Médica, em Londres em 1953; a Conferência de Educação Médica, na Índia em 1955; a Conferência Regional do Pacífico, em Manila em 1958; e a Conferência sobre Ensino da Medicina Preventiva, promovida pela Organização do Tratado Central, no Irã. As reuniões que tiveram maior impacto sobre o ensino da medicina preventiva nas escolas latino-americanas, sem dúvida, foram os Seminários de Viña de Mar e Tehuacán, promovidos pela Opas/OMS.

As recomendações elaboradas por esses seminários foram adotadas em distintos graus pelas diversas escolas, rompendo-se a homogeneidade que até então tinha existido no ensino da higiene, tornando impossível o ensino da medicina preventiva através das disciplinas oferecidas por essas cátedras ou departamentos. Foi esse o motivo mais importante para estudarmos o ensino da medicina pre-

ventiva sob diferentes ângulos, a saber: a) o ensino oferecido pelas diferentes cátedras ou departamentos; b) o ensino dos aspectos preventivos e sociais no curso médico, analisando todas as disciplinas, e não somente as que estão sob responsabilidade das cátedras ou departamentos de medicina preventiva; c) o estudo separado dos programas integrais que constituem entidades bem definidas dentro do currículo das escolas de medicina.

Esses três aspectos são apresentados, a seguir, de forma separada, acrescentando-se mais um item relativo à avaliação do ensino da medicina preventiva e social.

ENSINO OFERTADO PELOS DEPARTAMENTOS OU CÁTEDRAS DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

Todas as escolas de medicina da América Latina com curso completo, em 1967, tinham em sua estrutura, como vimos anteriormente, uma unidade encarregada do ensino dos aspectos preventivos e sociais. Em algumas, essas unidades estavam encarregadas do ensino de outras disciplinas, tais como microbiologia e parasitologia, porém sempre existia uma divisão interna que permitia separar as disciplinas ou matérias de medicina preventiva. Somente em uma escola a unidade existia formalmente, porém as matérias alocadas nela não eram ensinadas por falta de professores no momento da pesquisa.

Os Seminários sobre o Ensino da Medicina Preventiva e Social organizados pela Opas/OMS[9] em 1955 e 1956 fizeram, entre outras, a seguinte recomendação:

> A medicina preventiva deve ser ensinada durante todo o período de formação do médico, tanto integrada com outras matérias como sob a forma de cursos separados. Ainda que alguns pensem que não é recomendável localizá-la em anos determinados, a tendência é colocar as matérias específicas ao final do curso, tendo se insistido, entretanto, na conveniência de ensiná-las durante todo o curso.

O Comitê de Experts da Opas/OMS no Ensino da Medicina Preventiva e Social,[10] ampliou a recomendação na reunião de 1969, ao propor:

> O Comitê teve sempre presente que os amplos conteúdos de medicina preventiva e social devem ser ensinados ao longo de todo o plano de estudos, a fim de cumprir o objetivo formativo desta disciplina. O ensino desta matéria nos últimos anos tem sido insuficiente e inoportuno.

> É desejável que, uma vez que se disponha de recursos humanos e materiais, o ensino da medicina preventiva e social comece desde os primeiros anos do curso, da forma mais integrada possível com as outras disciplinas.

Essas recomendações implicavam o desejo de modificar o ensino de higiene – que geralmente incluía aspectos preventivos ensinados nos últimos anos do curso – e constituíram a origem da forma atual de ensino de medicina preventiva e social.

Em 1967, 20% das escolas de medicina ensinavam medicina preventiva em um único ano, sendo que em uma escola a disciplina era ofertada no terceiro ano do curso, em 11 no quarto ano, em 4 no quinto e mais 4 no sexto ano (Quadro 19).

Uma alta porcentagem de escolas ensina medicina preventiva em todos os anos do curso. Nesta análise não foram considerados os programas de medicina preventiva iniciados no internato, nem nos cursos pré-médicos ou preparatórios. Em algumas escolas o internato rotatório inclui um período de prática médica em área rural, sob a responsabilidade dos departamentos de medicina preventiva.

Quadro 19. Porcentagem de escolas com curso completo por número de cursos em que há matérias de medicina preventiva, 1967

Número de cursos	Porcentagem (N = 100)
Nenhum	1
Um	20
Dois	15
Três	23
Quatro	19
Cinco	21
Seis	1
Total	100

Entre as escolas que ensinam medicina preventiva em apenas um ano e aquelas que o fazem todos os anos, há um grande grupo de escolas que ensinam essas disciplinas em dois, três ou quatro anos do curso e tentam ter um plano de estudos que as incluam em todos os anos. É possível que muitas delas nunca cheguem a alcançar esse objetivo, porque a competição pelas horas de ensino, ou seja, pelas cargas horárias no conjunto do curso, é intensa entre as diversas unidades ou departamentos; assim, quase sempre a ampliação da carga horá-

ria de uma matéria significa a redução da carga horária de outras. Por outro lado, observa-se a estratégia de incluir tópicos de medicina preventiva em outras disciplinas, de forma integrada e, caso esse movimento tenha êxito, é possível que durante os próximos anos não venha a acontecer nenhuma ampliação do número de disciplinas de medicina preventiva no plano de estudos.

A metade das escolas com curso completo ensina, durante o primeiro ano do curso, pelo menos uma matéria de medicina preventiva, geralmente bioestatística e/ou um curso de orientação médica (Quadro 20). Apesar de atualmente se considerar a estatística como matéria básica para todo o ensino médico, foram as unidades de medicina preventiva e social que introduziram seu ensino no plano de estudos, dado que os especialistas nessas matérias lidam com fenômenos coletivos cuja análise necessita da ferramenta estatística e, além disso, eram os únicos na escola de medicina que tinham formação na matéria. Cerca de 56% das escolas oferecem no segundo ano alguma matéria que pode ser ciências sociais, ecologia e/ou estatística. Essas disciplinas são ensinadas nos primeiros anos do curso, porque estes são dedicados às chamadas ciências médicas básicas, em que o estudante, em geral, não tem oportunidade de aplicar conhecimentos à solução de problemas médicos concretos. Tanto a estatística quanto as ciências sociais, como veremos mais adiante, são consideradas matérias básicas e, em certo sentido, não específicas da medicina preventiva.

Quadro 20. Número de escolas com curso completo que têm matérias de medicina preventiva e social por ano de curso, 1967

Ano de curso	Escolas	
	Total	Com matérias de medicina preventiva
Primeiro	100	50
Segundo	100	56
Terceiro	100	56
Quarto	100	74
Quinto	94	58
Sexto	22	12

No terceiro ano geralmente se inclui o ensino da epidemiologia, ecologia e saneamento ambiental. Esse ano, que corresponde no plano de estudos médicos ao estudo das matérias pré-clínicas e à iniciação da aplicação médica, do ponto

de vista da medicina preventiva também é visto como a iniciação à aplicação dos conhecimentos necessários para a solução de problemas médicos ao nível coletivo. Epidemiologia é, segundo os especialistas da área, a disciplina ideal, que une o aplicado ao básico, e é por isso que no terceiro ano, além de ensinar o método epidemiológico e o estudo do comportamento de várias enfermidades, se ensinam alguns aspectos relacionados com sua prevenção e controle.

Cerca de 74% das escolas ensinam matérias de medicina preventiva no quarto ano, e nesse percentual se inclui grande número de escolas que ensinam toda a medicina preventiva do curso em um único ano.

No quarto ano, em geral, são realizados os chamados programas de visita domiciliar a famílias, estudos de comunidade e análise de serviços de saúde. Junto com esses programas se ensina a prevenção primária de doenças, especialmente os princípios de higiene pessoal e educação sanitária, bem como os estudos epidemiológicos de enfermidades específicas.

O quinto e sexto ano do curso médico são os anos em que tradicionalmente são ensinados os aspectos administrativos da atenção médica.

As recomendações dos *experts* sobre o número de horas de ensino que devem ser dedicadas a essas disciplinas são poucas e imprecisas, e isso se explica pela ausência de critérios que possam guiar tais recomendações e pelo desconhecimento do que ocorria nas escolas de medicina da América Latina.

No Seminário de Medicina Preventiva realizado em Tehuacán,[11] é dito de forma cautelosa que

> alguns estimam que 150 horas é o mínimo compatível com o equilíbrio do conjunto e com a importância da matéria, tendo em conta que essas 150 horas são suplementadas em outros cursos. Por outro lado, o seminário viu com interesse a melhoria do ensino em algumas escolas que puderam dedicar até 350 e 450 horas ao ensino da medicina preventiva e saúde pública, distribuídas ao longo do curso.

Cerca de 63% das escolas de medicina da América Latina com curso completo têm mais de 150 horas de ensino de medicina preventiva por aluno e 19% têm mais de 400 horas (Quadro 21).

Quadro 21. Porcentagem de escolas com curso completo por número de horas de ensino por aluno de medicina preventiva e social, 1967

Horas de ensino por aluno	Escolas		
	Número	Porcentagem	Porcentagem acumulada
1-100	19	19	19
101-200	30	31	50
201-300	14	14	64
301-400	17	17	81
401-500	9	9	90
501-600	3	3	93
601-700	1	1	94
701-800	1	1	95
801-900	2	2	97
901-1.000	1	1	98
1.001-1.100	2	2	100
Total	99	100	

Dez anos depois de se haver feito tais recomendações algumas escolas já superaram a meta estipulada de 450 horas de ensino.

A média de horas de ensino de medicina preventiva nas escolas de medicina com curso completo na América Latina é de 268 horas por aluno, com um desvio padrão de 214,5. Parece evidente, ainda que não se tenha informação relativa aos anos anteriores, que desde 1955-1956 tem havido um aumento considerável do número de horas destinadas a essas disciplinas.

Apesar de, até onde sabemos, nunca se ter mencionado qual deve ser o percentual de horas de ensino de medicina preventiva com relação ao total de horas do curso como um todo, isso parece ser um bom indicador do grau de aceitação dessas disciplinas pelas escolas.

Excluindo-se o internato e os anos pré-médicos do total de horas do plano de estudo observa-se que, em 96 escolas com informação disponível, a medicina preventiva e social representa 5,2% do total de horas de ensino, sendo que em 61% das escolas essa porcentagem é menor que 5% (Quadro 22).

Quadro 22. Número de escolas com curso completo segundo a porcentagem de horas de ensino de medicina preventiva com respeito às horas totais de ensino, 1967

Porcentagem de medicina preventiva	Escolas		
	Número	Porcentagem	Porcentagem acumulada
0,1-1	5	5	5
1,1-2	11	12	17
2,1-3	16	17	34
3,1-4	11	11	45
4,1-5	15	16	61
5,1-6	10	10	71
6,1-7	14	15	86
7,1-8	2	2	88
8,1-9	4	4	92
9,1-10	1	1	93
10,1-11	3	3	96
11,1-12			
12,1-13	1	1	97
13,1-14			
14,1-15	2	2	99
15,1-16	1	1	100
Total	96	100	

Considerando essa informação, cabe se perguntar que proporção de horas de medicina preventiva seria necessária para cumprir as recomendações do Seminário de Tehuacán,[12] ou seja, que número de horas seria "compatível com o equilíbrio do conjunto e com a importância da matéria". Será que medicina preventiva deveria contemplar o mesmo número de horas de ensino que, por exemplo, medicina, cirurgia, pediatria, ou talvez o mesmo número de horas que algumas matérias básicas? Essa pergunta não pode ser respondida porque não foram feitas investigações que permitam saber que quantidade e qualidade de atividades educacionais programadas são necessárias para alcançar objetivos definidos.

As recomendações dos distintos seminários, congressos e comitês de medicina preventiva sobre métodos de ensino carecem da precisão que já havíamos apontado anteriormente com relação a outros aspectos. Assim, no Seminário sobre o Ensino da Medicina Preventiva realizado no Chile em 1955[13] se reco-

menda que "[...] as aulas magistrais devem ocupar a menor proporção para se dar maior desenvolvimento aos seminários, discussões de bibliografia e ao trabalho do aluno em laboratórios, clínicas e no campo". No primeiro relatório do Comitê de Experts no Ensino da Medicina Preventiva e Social se abordam com mais detalhe alguns dos métodos de ensino, mas não se especifica nenhuma norma sobre a relação que deveria existir entre eles.

Investigando esse aspecto encontramos que, na América Latina, as escolas com curso completo dedicam 40% das horas de ensino a aulas teóricas, palestras e conferências magistrais.

Chama a atenção a quantidade de escolas que têm um número elevado de ensino teórico, especialmente ao se comparar o ensino da medicina preventiva com o ensino de outras disciplinas do plano de estudos (Quadro 23). Esse achado parece justificar a queixa frequentemente ouvida entre os estudantes de medicina com relação à pouca importância que se dá aos aspectos práticos do ensino da medicina preventiva.

Quadro 23. Número de escolas com curso completo segundo porcentagem de horas teóricas do total de horas de ensino por aluno de medicina preventiva e social, 1967

Porcentagem de horas teóricas	Escolas		
	Número	Porcentagem	Porcentagem acumulada
100	14	14	14
90-99	9	9	23
80-89	7	7	30
70-79	8	8	38
60-69	5	5	43
50-59	20	21	64
40-49	14	14	78
30-39	12	12	90
20-29	6	6	96
10-19	4	4	100
Total	99	100	

ENSINO DOS TÓPICOS DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL

A análise da informação sobre as disciplinas oferecidas pelas cátedras ou departamentos de medicina preventiva e social enfrenta uma série de obstáculos que dificulta a comparação efetiva entre as diferentes escolas. Tais dificuldades decorrem da variedade de formas de ensino da medicina preventiva: em algumas cátedras e departamentos com essa denominação se oferecem diferentes disciplinas, enquanto em outras escolas matérias que são tradicionalmente incluídas em medicina preventiva são ensinadas por outros departamentos ou cátedras.

Esses problemas exigiram a adoção de um enfoque que permitisse a comparação entre as diversas escolas, e assim: a) adotou-se um conceito o mais amplo possível da área; b) definiu-se o conceito escolhido de forma inclusiva, a fim de abarcar a maior quantidade de elementos que foram assinalados como pertencentes ao campo; c) foram identificadas as dimensões que formam o conceito escolhido e se especificou detalhadamente seu conteúdo; e d) buscou-se, em cada escola, informação sobre cada tema com relação à sua inclusão ou exclusão no plano de estudos, sua localização neste, o número de horas por aluno e o método de ensino empregado.

A definição é uma operação lógica mediante a qual sintetizamos os aspectos essenciais de um objeto, diferenciando-o ao mesmo tempo de todos os objetos que são parecidos.[14]

No caso que estamos investigando, pretendemos diferenciar a medicina preventiva e social de outras disciplinas, matérias ou especialidades médicas incluídas no processo de ensino da medicina, a fim de identificar seus traços essenciais.

Para diferenciá-la podemos utilizar uma definição por enumeração, apesar de que esse tipo de definição, segundo Zetterberg, ainda que

> forneça ao investigador os referentes empíricos concretos de um conceito, apresenta riscos que tem relação com a busca da essência do conceito, por exemplo: a) os fatores enumerados não se encontram relacionados empiricamente, e b) os fatores enumerados podem não ter elementos conceituais em comum.[15]

Se definirmos a medicina preventiva e social por enumeração, podemos dizer que é a área do conhecimento médico que compreende a medicina preventiva propriamente dita, a medicina quantitativa, as ciências da conduta, a epidemiologia, a organização e administração de serviços de saúde. Assim como a medicina é a aplicação de conhecimentos científicos à solução de problemas de saúde, a estatística e as ciências sociais enumeradas estão referidas à sua aplicação médica.

Essa definição faz da medicina preventiva e social uma categoria de uma classificação na qual o gênero próximo é o conhecimento médico ou medicina, e a categoria restante inclui tudo o que não é a medicina preventiva e social, o que denominaremos, por ora, medicina curativa ou individual. Se fizermos também uma definição da medicina curativa e individual por enumeração, diremos que é "aquela área do conhecimento médico que compreende a morfologia, as ciências fisiológicas, a microbiologia e parasitologia, a medicina, a cirurgia, a pediatria, a ginecologia e obstetrícia e a psiquiatria".

Ainda que há muito tempo se reconheçam os erros lógicos de definições desse tipo, elas serão utilizadas neste estudo por apresentar vantagens operacionais, e em seguida tentaremos construir uma definição melhor.

Analisaremos, em primeiro lugar, cada um dos tópicos que compõem o ensino da medicina preventiva de acordo com a definição dada e, posteriormente, o conjunto desse ensino.

Medidas preventivas

De acordo com a conceituação proposta por Leavell e Clark, as medidas preventivas são aquelas destinadas a interromper o curso da doença em qualquer de suas fases.[16]

A doença, concebida como um processo, pressupõe uma série de etapas sucessivas que se agrupam em dois grandes períodos: o pré-patogênico e o patogênico. No período pré-patogênico ocorre a interação entre o agente potencialmente causal da doença, o hospedeiro e os fatores ambientais. O período patogênico se inicia com o estímulo que origina as mudanças na estrutura e no funcionamento do organismo humano e termina com a recuperação, a incapacidade ou a morte.

Teoricamente, segundo o conhecimento acumulado, é possível prevenir a doença em qualquer de suas fases. Assim, no período pré-patogênico é possível prevenir mediante a promoção geral da saúde e a proteção específica do sujeito contra o agente causal. Isso é o que Leavell e Clark chamam de prevenção primária.[17]

A prevenção secundária se refere às ações realizadas durante a primeira fase do período patogênico e pode ser alcançada mediante o diagnóstico e tratamento adequados. A prevenção terciária inclui os mecanismos destinados a reduzir a incapacidade e corrigir os defeitos decorrentes da doença, isto é, as sequelas.

Investigar o ensino da medicina preventiva orientando-se por essa definição suporia incluir como objeto de pesquisa toda a fase clínica do plano de estudos,

o que ultrapassaria as possibilidades deste estudo e as suas metas. Por isso foram selecionados somente os temas introduzidos nos planos de estudo pelas cátedras ou departamentos de medicina preventiva, que tradicionalmente formavam parte do ensino desse aspecto da medicina.

Mantendo a divisão em prevenção primária secundária e terciária, foram identificados em cada uma dessas fases os seguintes temas: a) *prevenção primária*: educação sanitária, exames periódicos de saúde, nutrição de adultos sob diferentes condições ambientais e de trabalho, nutrição no período da gravidez e lactação, nutrição de recém-nascido e da criança, saneamento ambiental (água, alimentos, dejetos, controle de roedores e artrópodes e contaminação atmosférica), prevenção das doenças transmissíveis (imunidade e resistência), higiene das condições de vida, das condições de trabalho, higiene pessoal, prevenção de acidentes e medidas de segurança, tamanho da família e proteção contra carcinogênicos; b) *prevenção secundária*: medidas para detecção de novos casos individuais e coletivos, educação dos pacientes, detecção precoce das doenças crônicas e exames médicos seletivos; c) *prevenção terciária*: treinamento e educação do inválido, fisioterapia em hospitais, uso de equipamentos domiciliares em residências e/ou em instituições dedicadas a grupos de pacientes específicos (colônias, asilos, centros de reabilitação etc.). Disso tudo se depreende que o tema mais amplamente tratado é o da prevenção primária, a qual tem sido, tradicionalmente, a área de maior interesse da medicina preventiva e o núcleo em torno do qual gira atualmente o ensino desse aspecto da medicina. Assim a higiene, que no passado significava quase exclusivamente saneamento ambiental, foi incluída nesse tópico.

Dado que a prevenção primária é a base da medicina preventiva, não é surpreendente que todas as escolas a ensinem extensamente (Quadro 24).

Quadro 24. Porcentagem de escolas de medicina com curso completo que ensinam temas de medidas preventivas, 1967

Tema	Porcentagem (N = 100)
Prevenção primária	100
Prevenção secundária	30
Prevenção terciária	23

Os temas correspondentes à prevenção secundária são ensinados em poucas escolas, e isto pode ser explicado, em parte, pelo fato de o ensino da etapa secundária ser quase exclusivamente de responsabilidade de médicos clínicos, que têm

se preocupado pouco com esses aspectos; o mesmo sucede com a prevenção terciária, à qual não se dá a devida importância na maioria das escolas.

O incremento do ensino desses temas significaria necessariamente uma integração maior do pessoal docente das cátedras e departamentos de medicina preventiva com os docentes da área clínica.

A separação que existe hoje em dia entre a medicina curativa e a medicina preventiva é, de qualquer ponto de vista, inaceitável, e por isso se tem tentado remediar mediante programas integrais extramurais.

O ensino da prevenção primária é feito em mais de um ano devido ao fato de que vários de seus tópicos têm adquirido identidade própria e, em alguns casos, compõem disciplinas específicas que, pela extensão do seu conteúdo, se localizam em anos diferentes (Quadro 25). Assim, algumas escolas consideram o saneamento ambiental, a educação sanitária e a higiene pessoal núcleos de conhecimentos relativamente independentes, que devem ser ensinados seguindo o padrão geral de distribuição das matérias no plano de estudos.

Quadro 25. Porcentagem de escolas de medicina com curso completo segundo número de cursos que ensinam temas de medidas preventivas, 1967

Tema	Número de cursos				Total
	Um	Dois	Três	Quatro	
Prevenção primária	34	37	19	10	100 (100)
Prevenção secundária	53	40	7		100 (30)
Prevenção terciária	92	4	4		100 (23)

Educação sanitária, por exemplo, em algumas escolas se integra ao ensino das ciências sociais nos primeiros anos do curso, sendo que sua inclusão nessa etapa é justificada por se considerar que é um conteúdo básico e também porque o estudante não precisa conhecer patologia para aprender essas disciplinas. O saneamento ambiental frequentemente é oferecido como uma disciplina de medicina preventiva no terceiro ano do curso, quando se supõe que o estudante já tem noções de microbiologia e parasitologia e dos mecanismos de transmissão das doenças, conhecimentos que facilitam o aprendizado de medidas preventivas aplicadas ao meio ambiente.

Nem todas as escolas ensinam higiene pessoal, e isso pode até parecer um paradoxo, se considerarmos que esses conhecimentos originaram a medicina preventiva. Quando se ensina este conteúdo, isso é feito no último ano, como um corolário do ensino dos aspectos preventivos e sociais.

Quando existe um único componente curricular dedicado à prevenção primária, este é localizado nos últimos anos, especialmente no quarto, e em geral compreende o que se tem chamado de higiene pública e privada, quer dizer, o saneamento ambiental e a higiene pessoal (Quadro 26).

Quadro 26. Porcentagem de escolas com curso completo segundo cursos em que se ensinam temas de medidas preventivas, 1967

Tema	Ano do curso						Total
	Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto	
Prevenção primária							
Um curso		6	6	38	21	29	100 (34)
Vários cursos	5	13	19	29	27	7	100 (66)
Prevenção secundária							
Um curso		6	19	31	31	13	100 (16)
Vários cursos		10	13	40	30	7	100 (14)
Prevenção terciária							
Um curso			14	33	43	10	100 (21)
Vários cursos							(2)

Nutrição está integrada a diversas matérias clínicas e só em algumas poucas escolas se concentra em um único componente curricular. A prevenção secundária e terciária tem recebido pouca atenção dos departamentos e cátedras de medicina preventiva, e só algumas escolas, como a da Universidade do Chile, têm feito esforços para incluí-las no ensino clínico, distribuindo esse conteúdo por todos os anos de ensino clínico.

O número de horas por aluno dedicado à prevenção primária é relativamente alto, e isso é decorrente, em parte, do instrumento de coleta de informação, pois, por definição, esse subtema abarca um maior número de tópicos que a atenção secundária e terciária (Quadro 27). Em todo caso, a prevenção primária constitui a base do ensino da medicina preventiva e é a que mais tem sido desenvolvida, possivelmente porque seu ensino não exige integração alguma com outras disciplinas, como é o caso da prevenção terciária e, especialmente, da secundária.

Quadro 27. Média de horas de ensino por aluno segundo temas de medidas preventivas, 1967

Tema	Média de horas	Desvio padrão
Prevenção primária	50	43
Prevenção secundária	7	12
Prevenção terciária	3	3

A influência das disciplinas clínicas, predominantemente práticas, no ensino da prevenção secundária pode ser confirmada quando se analisa o número de horas segundo método de ensino. A prevenção secundária conta efetivamente com o maior número de horas de ensino prático (Quadro 28).

Quadro 28. Porcentagem de horas de ensino de temas de medidas preventivas em 100 escolas com curso completo segundo método utilizado, 1967

Tema	Método de ensino			Total
	Teórico	Teórico-prático	Prático	
Prevenção primária	60	5	35	100
Prevenção secundária	40	10	50	100
Prevenção terciária	69	3	28	100

O ensino da prevenção primária e terciária que está sob responsabilidade das cátedras ou departamentos de medicina preventiva caracteriza-se pela alta porcentagem de aulas teóricas. Além disso, os trabalhos práticos relacionados com esse tema, em geral, só são demonstrações, como ocorre com saneamento ambiental, cujo ensino consiste apenas em visitas a instituições da área.

Epidemiologia

Existem diferentes definições de epidemiologia, porém a maioria é tão genérica que – segundo Langmuir[18] – tem pouco significado para o estudante interessado em conhecer a disciplina. É possível encontrar definições mais precisas, porém estas geralmente diferem no tipo de elementos que incluem. Zhdanov, por exemplo, considera que a epidemiologia "é a ciência que trata das leis objetivas que regem a propagação e extinção das doenças infecciosas nas populações humanas e da profilaxia e erradicação dessas doenças".[19] Muitos epidemiólogos não aceitam essa definição porque, por um lado, restringe o objeto de estudo às

doenças infecciosas e, por outro, inclui o controle das enfermidades, o que geralmente é parte do conceito de medidas preventivas.

É possível que a superposição destes dois conceitos – medidas preventivas e epidemiologia – tenha sua origem na prática, já que tanto no ensino quanto no trabalho do epidemiólogo o estudo dos fatores determinantes das doenças é combinado com as ações destinadas a seu controle. Ainda que essa justaposição se justifique no trabalho epidemiológico, não é pertinente neste estudo, no qual para classificar e definir é necessário levar em conta os requisitos lógicos de tais operações.

Por isso preferimos a seguinte definição, adaptada da proposta por Morris: "Epidemiologia é a disciplina que descreve a distribuição das doenças na população e analisa os fatores que determinam essa distribuição".[20]

A epidemiologia tem sido dividida em várias categorias, embora nesse aspecto também se observe disparidade de critérios. Segundo Cottrell,[21] muitos dos países europeus tendem cada vez mais a separar a epidemiologia em "geral" e "especial", incluindo na primeira o que na América Latina se refere ao método epidemiológico e, na segunda, o conhecimento adquirido sobre cada doença.

Para estudar o ensino da epidemiologia nas escolas de medicina, tendo em conta a tradição existente na América Latina, foram consideradas as seguintes categorias: a) metodologia; b) investigação epidemiológica; c) epidemiologia das doenças transmissíveis; e d) epidemiologia das doenças não transmissíveis.

a. Metodologia

O método utilizado pela epidemiologia para alcançar seus objetivos é conhecido como método epidemiológico. Este se diferencia do método clínico e do método usado no laboratório pelo objeto de estudo. Assim, o método clínico concentra sua atenção no indivíduo; o do laboratório, no organismo humano; e o epidemiológico, em toda a população.

Essa classificação dos métodos tem ocasionado uma certa confusão entre os diversos especialistas, pois se supõe que são variações do método científico, que é, segundo Bunge,[22] a estratégia de investigação científica que afeta o ciclo completo da investigação e é independente do tema em estudo. Em outras palavras, as ciências não têm diferença de estratégia; as ciências especiais se diferenciam somente pelas táticas que usam na solução dos problemas particulares, porém compartilham o método científico.

Seguindo este critério, o método epidemiológico seria, então, "o conjunto de táticas ou técnicas empregadas pela epidemiologia para descobrir os fatores determinantes da distribuição das doenças", e é por isso que sob o título de

"metodologia" enumeramos os instrumentos e construções conceituais utilizados por essa disciplina, excluindo os aspectos gerais do método científico, o qual com frequência é ensinado separadamente nas cátedras ou departamentos de medicina preventiva.

Outro elemento que introduz confusão ao considerar os aspectos metodológicos é o tipo de desenho utilizado na investigação epidemiológica. O desenho experimental utilizado nas ciências naturais é o que mais se ajusta às regras do método científico, porque permite controlar adequadamente as diversas variáveis. Esse desenho raramente é empregado em epidemiologia, pois o investigador dificilmente pode manipular à vontade os fenômenos que estuda. Por essa razão se utilizam métodos quase experimentais, nos quais o controle das variáveis é feito *post facto*, mediante o manejo estatístico, de forma menos rigorosa que nos experimentos em laboratório.

A incapacidade de distinguir os aspectos mencionados tem levado a se dissociar no ensino a apresentação das técnicas epidemiológicas das empregadas pelas ciências básicas e pelo clínico.

Levando em conta o que foi exposto e com a finalidade de analisar o ensino da "metodologia", foram observados os seguintes tópicos: 1. definição de saúde e doença, epidemiologia como ecologia da doença e da saúde, evolução do significado do termo "epidemiologia", tríade ecológica (agente hospedeiro e ambiente) e características que devem ser investigadas nesses três fatores; 2. relação entre o método clínico e o método epidemiológico, aplicação do método na clínica, em saúde pública etc.; 3. epidemiologia descritiva, estudo das doenças como fenômeno coletivo, formas como se apresentam as doenças na população (casos esporádicos, endemias, epidemias e pandemias), incidência e prevalência, definição de termos; 4. epidemiologia descritiva, teoria das epidemias, leis do acaso em epidemiologia (teoria das probabilidades), modelos matemáticos, epidemias teóricas; e 5. epidemiologia analítica, estudo de coortes (desenho quase experimental) estudos de caso-controle, epidemiologia experimental.

b. Investigação epidemiológica

A separação entre o ensino dos instrumentos e conceitos reunidos em "Metodologia" e os procedimentos concretos ensinados em "Investigação" é arbitrária, porém tem sido mantida neste estudo por permitir se observar em que medida o ensino dos aspectos conceituais e dos instrumentos é seguido pelo ensino dos procedimentos concretos, que são os que permitem a aquisição das habilidades necessárias para a realização de investigações epidemiológicas.

Esta investigação inclui os seguintes tópicos: 1. anamnese e preenchimento da ficha clínica-epidemiológica-social: usos desses dados no diagnóstico e interpretação do caso, tabulação e análise dos dados contidos nas fichas epidemiológicas-sociais, estudo de casos representativos, investigação clínico-epidemiológica; 2. planejamento da investigação epidemiológica, coleta de dados: amostragem, fichas, técnicas de coleta e processamento de dados; e 3. sistematização e apresentação dos dados, análise e interpretação dos dados, conclusões e recomendações.

c. Epidemiologia das doenças transmissíveis

A epidemiologia das doenças transmissíveis é entendida com o estudo da distribuição e dos fatores determinantes da distribuição de cada uma das seguintes enfermidades: 1. enfermidades transmitidas pela via respiratória (sarampo, rubéola, varicela, síndromes respiratórias virais, influenza, resfriado comum, difteria, coqueluche, meningite epidêmica, doenças causadas por estreptococos); 2. poliomielite; 3. doenças adquiridas por via digestiva (enfermidades diarreicas agudas, intoxicação alimentar, febre tifoide, hepatite); 4. doenças que se propagam por contato direto (doenças sexualmente transmissíveis); 5. doenças transmitidas por artrópodes (tifo exantemático); 6. tuberculose; 7. zoonoses (raiva, leptospirose, antraz); e 8. parasitoses (esquistossomose, amebíase, malária).

Este tópico não inclui a descrição clínica, a terapêutica, nem as medidas de prevenção e controle dessas doenças.

d. Epidemiologia das doenças não transmissíveis

A epidemiologia das doenças não transmissíveis é o estudo da distribuição e os fatores determinantes da distribuição de cada uma das seguintes enfermidades: 1. doenças cardiovasculares; 2. câncer; 3. enfermidades relacionadas com a nutrição; 4. doenças mentais; 5. mortes violentas (acidentes, suicídios, homicídios); 6. problemas populacionais (aborto provocado); e 7. uso/abuso de drogas (alcoolismo).

Este tópico não inclui a descrição clínica, a terapêutica, nem as medidas de prevenção e controle das enfermidades e problemas citados. Para os propósitos desta pesquisa, cabe destacar que se limitou o número de enfermidades às mais frequentes e de maior importância na América Latina.

Considerando as quatro áreas definidas, observou-se que 98% das escolas de medicina da América Latina com curso completo ensinam algum aspecto da epidemiologia (Quadro 29).

O tópico mais frequente é metodologia e, dentro deste, os temas de definição de saúde e doença, a tríade ecológica, a relação entre o método clínico e o epide-

miológico, a definição e o uso de alguns termos, como "incidência" e "prevalência". Em poucas escolas se ensina o estudo de coortes e em nenhuma os modelos matemáticos aplicados à epidemiologia nem a epidemiologia experimental. Em síntese, os aspectos ensinados são quase exclusivamente conceituais, sem se aprofundar o estudo dos problemas metodológicos peculiares à epidemiologia.

Quadro 29. Porcentagem escolas de medicina com curso completo que ensinam temas de epidemiologia, 1967

Tema	Porcentagem (N = 100)
Metodologia	98
Epidemiologia das enfermidades transmissíveis	93
Epidemiologia das enfermidades não transmissíveis	66
Investigação epidemiológica	56

Apesar de não existirem recomendações escritas sobre isso em particular, é possível que haja um certo acordo para que os aspectos metodológicos se concentrem no marco conceitual e em alguns instrumentos elementares da investigação epidemiológica.

Depois da metodologia, o tópico mais frequentemente ensinado é a epidemiologia das doenças transmissíveis. Isto é compreensível, já que o estudo da epidemiologia começou com essas entidades nosológicas e só agora, a partir da experiência adquirida, se estende ao estudo das doenças e condições não transmissíveis.

Há algum tempo os epidemiólogos vêm insistindo em que essa disciplina ocupe um lugar no plano de estudos. Langmuir,[23] por exemplo, diz: "[...] a epidemiologia deveria ser reconhecida como uma ciência médica distinta e deveria se dar a ela um lugar pequeno, porém determinado, no currículo médico". Não obstante, outros educadores preferem que o conhecimento epidemiológico seja transmitido integrado em outras disciplinas ao longo de vários anos.

Quase todas as escolas que ensinam essa disciplina a oferecem em um ano e sob o nome de epidemiologia (Quadro 30). Esta porcentagem, mesmo sendo menor que a da medicina quantitativa, pode ser considerada relativamente alta e pode ser derivada do fato de a epidemiologia ter uma identidade definida como disciplina, especialmente quando trata dos aspectos metodológicos e da investigação. Em algumas escolas se ensina a epidemiologia das doenças transmissíveis em matérias denominadas "doenças tropicais" ou "doenças infecciosas". Nesses casos, os aspectos epidemiológicos são apresentados de forma rudimentar e descritiva.

Quadro 30. Porcentagem escolas de medicina com curso completo segundo número de cursos em que se ensinam temas de epidemiologia, 1967

Tema	Número de cursos					Total
	Um	Dois	Três	Quatro	Cinco	
Metodologia	69	26	5			100 (98)
Investigação	88	9	3			100 (56)
Enfermidades transmissíveis	64	20	12	4		100 (92)
Enfermidades não transmissíveis	62	24	9	3	2	100 (66)

A maioria das escolas ensina os tópicos de epidemiologia no terceiro e quarto ano do curso. Metodologia e investigação, fundamentalmente no terceiro, e epidemiologia das doenças transmissíveis e não transmissíveis, no quarto (Quadro 31).

Quadro 31. Porcentagem de escolas com curso completo segundo ano do curso em que se ensinam temas de epidemiologia, 1967

Tema	Ano do curso						Total
	Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto	
Metodologia							
Um curso		13	28	37	15	7	100 (68)
Vários cursos	11	17	29	23	15	5	100 (30)
Investigação							
Um curso	2	13	35	27	15	8	100 (48)
Vários cursos	5	5	29	33	19	9	100 (8)
Enfermidades transmissíveis							
Um curso		5	22	43	21	9	100 (59)
Vários cursos	2	17	20	33	21	7	100 (33)
Enfermidades não transmissíveis							
Um curso		15	24	39	12	10	100 (41)
Vários cursos	2	6	27	29	24	12	100 (25)

Esses achados parecem coincidir com as recomendações do Comitê de Experts da Opas/OMS,[24] quando, em seu primeiro informe, dizem:

> As primeiras seções do conteúdo proposto (epidemiologia geral e o método epidemiológico) seguirão, talvez por muito tempo, constituindo parte de um curso formal separado, sob responsabilidade do pessoal docente de medicina preventiva e social. A epidemiologia especial deve ser ensinada em estreita coordenação com as disciplinas pré-clínicas e clínicas, ao se estudarem o agente etiológico, os fatores ambientais ou os quadros nosológicos.

A média de horas por aluno mais alta corresponde ao ensino das doenças transmissíveis, resultado que era de se esperar, dado que nessas doenças a análise epidemiológica tem sido aplicada com maior frequência (Quadro 32). É possível que essa média de horas seja exagerada devido à dificuldade que se teve de separar o que é estritamente epidemiológico do controle das doenças.

Quadro 32. Média de horas de ensino por aluno segundo temas de epidemiologia, 1967

Tema	Média de horas	Desvio padrão
Metodologia	9	8
Investigação	11	23
Enfermidades transmissíveis	21	16
Enfermidades não transmissíveis	11	10

A média baixa de horas de ensino da metodologia reflete a forma superficial como a maioria das escolas trata esse aspecto. Entretanto, a grande variabilidade das horas dedicadas à investigação nesse tópico e o número considerável de horas que algumas escolas dedicam ao ensino da investigação repercutem sobre o ensino da metodologia.

O percentual mais alto de horas de ensino prático é observado no ensino da investigação, e isso constitui um desvio de um padrão em que predomina o ensino teórico, que chega ao máximo nos aspectos metodológicos (Quadro 33).

Quadro 33. Porcentagem de horas de ensino de temas de epidemiologia em 100 escolas com curso completo segundo método utilizado, 1967

Tema	Método de ensino			Total
	Teórico	Teórico-prático	Prático	
Metodologia	74	3	23	100
Investigação	24	3	73	100
Enfermidades transmissíveis	63	3	34	100
Enfermidades não transmissíveis	57	11	32	100

Em resumo, o ensino da epidemiologia na América Latina pode ser caracterizado como: a) predominantemente teórico; b) orientado para a descrição das doenças transmissíveis; c) concentrado em um componente curricular, geralmente localizado no terceiro ou quarto ano do curso médico. Escapam a essa descrição algumas escolas que tratam de oferecer um ensino com mais conteúdo prático, distribuído em vários anos, que dão importância a doenças não transmissíveis e dedicam um maior número de horas por aluno.

Medicina quantitativa

O nome de medicina quantitativa não é usualmente empregado nas escolas de medicina da América Latina, porém o empregamos neste trabalho porque agrupa com certa fidelidade uma série de tópicos que seriam difíceis classificar sob os nomes tradicionais de bioestatística ou estatística médica.

Entende-se por medicina quantitativa o conjunto de métodos e técnicas empregado para coletar, elaborar, analisar e interpretar dados numéricos no campo da medicina. Essa definição inclui tanto os aspectos básicos, tais como a metodologia estatística e o método científico, quanto suas aplicações, como, por exemplo, as estatísticas de morbidade e mortalidade.

Com a finalidade de coletar e analisar informação sobre o ensino, dividimos a medicina quantitativa em sete categorias: 1. *Metodologia estatística*, que abarca os seguintes tópicos: objetivos e importância da estatística aplicada à medicina, importância e fontes de dados; classificação, coleta e tabulação; apresentação gráfica; descrição de dados quantitativos; descrição de dados qualitativos; séries cronológicas; método indutivo; cálculo de probabilidades; análise da diferenças entre proporções; estimativa da proporção do universo (amostragem); testes e análise do significado de proporções amostrais. 2. *Método científico*, que inclui os subtemas de método científico e medicina; observação científica; hipótese, métodos gerais

usados na investigação, técnicas de medição, seleção de unidades de observação e grupo teste. 3. *Estatísticas de população*, com os seguintes tópicos: conceitos e crescimento das populações, censo de população e elaboração de dados censitários, taxa geral de crescimento e taxa de crescimento natural, análise de dados de população e utilização de estatísticas populacionais em saúde pública. 4. *Estatísticas de natalidade*, que compreendem: conceitos, flutuação da natalidade, coleta de dados (registro de nascimento), utilização das estatísticas de natalidade, estimativa da população alvo de programas materno-infantis e análise da natalidade. 5. *Estatísticas de mortalidade*, que abarcam conceitos, flutuações da mortalidade, coleta de dados (certificado de óbito), nomenclatura e classificação das doenças, medidas de mortalidade, tábua de vida, análise da mortalidade e utilização das estatísticas de mortalidade. 6. *Estatísticas de morbidade*, com os tópicos: conceitos, dificuldades no estudo da morbidade, notificação de doenças, estatísticas de morbidade e dos serviços assistenciais, inquéritos de morbidade, medidas de morbidade, índice endêmico, análise da morbidade e utilização das estatísticas de morbidade. 7. *Estatísticas de recursos e serviços*, que incluem conceitos, utilização das estatísticas de recursos e serviços, recursos e serviços de hospitalização, consulta externa, recursos de atenção familiar e estatísticas de recursos e serviços de atenção coletiva.

As categorias mencionadas foram empregadas para analisar os planos de estudo das 100 escolas que em 1967 tinham curso completo. Os resultados apontam que somente em quatro delas não se ensina formalmente nenhum tópico de medicina quantitativa. Isto indica a ampla aceitação da disciplina nas escolas de medicina (Quadro 34).

Quadro 34. Porcentagem de escolas com curso completo que ensinam de temas medicina quantitativa, 1967

Tema	Porcentagem (N = 100)
Metodologia estatística	95
Método científico	67
Estatísticas de população	83
Estatísticas de natalidade	75
Estatísticas de mortalidade	85
Estatísticas de morbidade	71
Estatísticas de recursos e serviços	34

Dos tópicos de medicina quantitativa, o que se ensina na maioria das escolas é metodologia estatística e o que menos se ensina é estatística de recursos e serviços de saúde. Essa diferença não é de se estranhar, já que os conhecimentos em metodologia estatística são considerados básicos na solução dos problemas médicos e têm sido um dos primeiros temas introduzidos no curso. Somente uma escola ensina apenas algumas aplicações sem antes proporcionar os conhecimentos básicos e pode ser considerada uma exceção. Muitas escolas que introduziram a metodologia estatística não conseguiram introduzir o ensino da sua aplicação no campo médico. Essa dedução se apoia na observação do escasso número de escolas que ensinam tópicos de estatística aplicada, sem que isso implique a não utilização de problemas médicos como exemplos no ensino da metodologia estatística. Pelo contrário, na maioria das escolas os exercícios práticos se apoiam abundantemente em exemplos da área médica.

A maioria das 96 escolas de medicina que ensinam tópicos sob o rótulo de medicina quantitativa tem um componente curricular ou parte de um componente curricular com o nome de bioestatística, estatística médica ou metodologia estatística. O ensino dessa disciplina ou parte dela, em geral, está sob responsabilidade dos departamentos ou cátedras de medicina preventiva. Entretanto, em 11 escolas essa matéria é ensinada por outros departamentos, em sua maioria os de biofísica ou fisiologia. Em 7 dessas 11 escolas se ensina também um curso de estatísticas médicas sob a responsabilidade da medicina preventiva.

Quando os departamentos de medicina preventiva ensinam medicina quantitativa, nem sempre incluem todos os tópicos das disciplinas mencionadas. Algumas escolas ensinam os aspectos de população em um curso de demografia e boa parte do ensino de natalidade e mortalidade é feito nas disciplinas de epidemiologia e medicina integrada.

A maioria dos temas é ensinada em um único componente curricular, oferecido em um ano, e, quando se trata de metodologia estatística, as escolas geralmente oferecem uma disciplina denominada bioestatística ou estatística médica (Quadro 35).

Quadro 35. Porcentagem de escolas com curso completo segundo número de cursos em que se ensinam de temas medicina quantitativa, 1967

Tema	Número de cursos					Total
	Um	Dois	Três	Quatro	Cinco	
Metodologia estatística	77	15	7	1		100 (94)
Método científico	79	16	5			100 (67)
Estatísticas de população	74	20	5	1		100 (83)
Estatísticas de natalidade	74	17	5	3	1	100 (75)
Estatísticas de mortalidade	62	25	10	1	2	100 (85)
Estatísticas de morbidade	69	23	6	1	1	100 (71)
Estatísticas de recursos e serviços	82	12	6			100 (34)

A maioria das escolas ensina metodologia estatística e método científico nos primeiros anos, de acordo com as recomendações feitas nos seminários da Opas.[25] As escolas que incluem esse tema em mais de um ano ensinam sua parte mais importante no primeiro ou no segundo ano e deixam o ensino de alguns subtemas para componentes curriculares posteriores.

Um número elevado de escolas ensina as estatísticas de mortalidade, morbidade, natalidade e de recursos no quarto e quinto ano (Quadro 36).

Quadro 36. Porcentagem de escolas com curso completo que ensinam os temas de medicina quantitativa em um só ano, segundo ano do curso em que são ensinados, 1967

Tema	Ano do curso						Total
	Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto	
Metodologia estatística	38	30	10	14	4	4	100 (72)
Metodologia científica	32	40	9	13	6		100 (53)
Estatísticas de população	10	20	15	28	19	8	100 (61)
Estatísticas de natalidade	11	18	15	35	16	5	100 (55)
Estatísticas de mortalidade	11	11	9	40	21	8	100 (53)
Estatísticas de morbidade	12	12	12	35	21	8	100 (49)
Estatísticas de recursos e serviços	11	11		36	28	14	100 (28)

Nos últimos anos, a demografia tem adquirido um auge inusitado, sobretudo como base para a política de controle da natalidade. Seu caráter básico, por um lado, e aplicado, por outro, dificulta sua localização definida no plano de estudos.

A divisão entre os conhecimentos básicos e os aplicados, que perpassa todo o processo de ensino, é clara no que diz respeito ao ensino da medicina quantitativa, e assim observamos que nos primeiros anos se ensina metodologia estatística e científica, e nos últimos se prepara o aluno para sua aplicação no estudo da natalidade, da morbidade, da mortalidade e dos recursos. John W. Fertig expressa essa concepção da seguinte forma:

> A formação básica em estatística é considerada, em linhas gerais, como parte do plano de estudos das ciências fundamentais e é ofertada no primeiro ou no segundo ano nas escolas de medicina norte-americanas cujo plano de estudos é de quatro anos. Nas escolas de medicina com planos de seis ou sete anos, a instrução básica pode consistir em um curso curto que se assiste durante o primeiro ou segundo ano, complementado com aulas adicionais de matérias apropriadas.[26]

A média de horas de ensino de medicina quantitativa por aluno é de 56 horas em todo o curso médico, o que representa aproximadamente 1% do total de horas de ensino que o estudante recebe. A variação em torno dessa média é muito grande, fato que revela a falta de uma norma ou padrão e também a recente introdução desse tópico (Quadro 37).

Quadro 37. Média de horas de ensino por aluno segundo temas de medicina quantitativa, 1967

Tema	Média de horas	Desvio padrão
Metodologia estatística	29	21
Método científico	9	8
Estatísticas de população	7	6
Estatísticas de natalidade	5	5
Estatísticas de mortalidade	7	6
Estatísticas de morbidade	6	5
Estatísticas de recursos e serviços	4	3

Metodologia estatística é, como se esperava, o tema que ocupa o maior número de horas de ensino. Entretanto, é surpreendente que se dediquem tão poucas

horas ao método científico quando se considera que a formação científica é um dos objetivos da formação médica. Cabe ponderar, entretanto, que, apesar de essas horas serem as únicas oferecidas formalmente, é muito provável que esse tema seja ensinado de forma tácita durante os exercícios e trabalhos práticos. Também é paradoxal que na maioria das escolas esse ensino esteja a cargo da medicina preventiva, considerando-se que esta dá maior importância ao método quase-experimental utilizado pela epidemiologia. É possível que as ciências básicas médicas, tais como fisiologia, não necessitem explicar o método experimental separadamente, pois este se encontra intimamente ligado a todo o seu conteúdo e é amplamente aceito; enquanto isso, no caso da epidemiologia e das ciências sociais, há que se explicar formalmente os fundamentos epistemológicos que permitem que estas se apresentem como ciências diante de outras com maior tradição.

O fato de que somente 17% das escolas dedicam mais de 100 horas de ensino por aluno nos leva a pensar que existe um desconhecimento acerca do número de horas necessário para o ensino de um determinado tema.

Com poucas exceções, não há objetivos claros e precisos sobre o que se pretende alcançar com esse ensino.

O problema não é somente da medicina quantitativa e da medicina preventiva; aplica-se ao conjunto das disciplinas oferecidas pela escola médica. A omissão é mais notória na medicina preventiva e particularmente na estatística, por sua escassa tradição e, em consequência, pela falta de uma experiência que poderia substituir, em certa medida, a formulação dos objetivos.

O número de horas de ensino parece depender mais das facilidades que esta disciplina tem tido para ser introduzida nas escolas do que de uma avaliação das horas necessárias para alcançar certos objetivos. Assim, nos países em que a medicina preventiva tem uma tradição maior, também se verifica um maior número de horas de ensino. As escolas de medicina do Chile, Colômbia e Venezuela apresentam as médias mais altas de horas de ensino e sabe-se que as escolas desses países foram pioneiras na introdução do ensino da medicina preventiva na formação médica. Isso não quer dizer que outros países, por exemplo, o Brasil, não tenham escolas com um número elevado de horas, mas isso é uma exceção e não influi na média.

Os métodos de ensino variam de acordo com cada um dos temas que compõem a medicina quantitativa, sendo metodologia estatística a que tem um percentual mais alto de horas práticas (Quadro 38).

Quadro 38. Porcentagem de horas de ensino de temas de medicina quantitativa em 100 escolas com curso completo segundo método utilizado, 1967

Tema	Método de ensino			Total
	Teórico	Teórico-prático	Prático	
Metodologia estatística	48	14	38	100
Método científico	51	23	26	100
Estatísticas de população	60	9	31	100
Estatísticas de natalidade	51	23	26	100
Estatísticas de mortalidade	53	15	32	100
Estatísticas de morbidade	60	10	30	100
Estatísticas de recursos e serviços	60	10	30	100

O percentual de horas teóricas é superior a 50% em todos os tópicos que indicamos como aplicativos e, na maioria das escolas constituem parte das exposições teóricas de disciplinas como doenças transmissíveis, epidemiologia e medicina (doenças) tropicais.

A imagem que surge da análise dos dados sobre medicina quantitativa é a de um tema: a) dissociado em seus aspectos básicos e aplicados; b) a metodologia estatística é o núcleo central da disciplina oferecida nos primeiros anos do curso, com uma porcentagem adequada de trabalhos práticos; e c) a aplicação desses conhecimentos se encontra integrada ao ensino de outras disciplinas do ciclo clínico, que geralmente são ofertadas por cátedras ou departamentos de medicina preventiva.

A introdução da medicina quantitativa no plano de estudos aparece como algo consolidado, sendo essa disciplina aceita amplamente como um conhecimento indispensável para o exercício da profissão. Parece que, na atualidade, não há dúvidas acerca do que Grundy e Mackintosh afirmaram, ou seja, que "alguns aspectos da medicina e das ciências que lhe servem de base, escapam quase por completo à compreensão de quem não aprendeu a pensar com critérios estatísticos".[27]

Superado o problema da aceitação e a sua incorporação no plano de estudos, resta encontrar estratégias educacionais mais eficientes para o ensino da disciplina, ainda que alguns dos seus problemas tenham a ver com a estrutura geral do plano de estudos, como, por exemplo, a divisão entre o básico e o aplicado. Soluções a esse problema têm sido aplicadas por escolas europeias que

> consideram que o ensino de métodos estatísticos não deve concentrar-se em um conjunto de aulas seguidas, e sim deve se dar durante todo o curso, no momento oportuno. Nesses momentos, ensinam-se os métodos

> estatísticos e o modo de usá-los, segundo o assunto que os alunos estejam estudando, e assim compreenderão melhor o que lhes é explicado e a utilidade que podem ter no seu trabalho atual e futuro.[28]

Essas afirmações se baseiam em observações feitas por alguns educadores sobre a perda do conhecimento em desuso, quando este é adquirido independentemente da aplicação que possa ter em casos concretos. O ensino da metodologia estatística é um exemplo típico desse fenômeno, pois é realizado nos primeiros anos do curso quando o estudante ainda não entrou em contato direto com problemas médicos concretos e quando chega aos anos clínicos já esqueceu boa parte dos conhecimentos adquiridos.

Organização e administração de serviços de saúde

O estudo da organização dos recursos e dos esforços coletivos para promover a saúde da população e para evitar e reparar os efeitos das doenças, a apreciação do seu custo e sua relação com a economia nacional e individual tem constituído o núcleo básico do que se denomina "saúde pública".

O argumento que justifica o ensino dessas matérias nas escolas de medicina se baseia no reconhecimento que se faz atualmente de que a saúde e a doença são fenômenos de interesse social, vinculadas aos interesses da sociedade, e devem, portanto, ser abordadas e resolvidas como uma função pública. A realidade que, em maior ou menor grau, se observa nos países latino-americanos, que presenciam a diminuição da prática privada individual e sua substituição por serviços nacionais e regionais de saúde públicos ou privados,[29] determina que a maioria dos médicos desempenhe funções administrativas, às vezes de direção de primeiro ou segundo nível na estrutura hierárquica do país. Isso cria o imperativo de qualificar o futuro profissional para o desempenho de papéis próprios de uma organização e de familiarizá-lo tanto com as instituições e sua economia quanto com as funções que eventualmente venha a desempenhar.

Entretanto, nem todos os educadores médicos compartilham essa compreensão, e alguns deles, que visualizam a prática médica como o exercício de uma profissão liberal, de alcance individual, sustentam que a escola não deve preparar o médico para esse tipo de prática e que cabe às instituições públicas ou privadas nas quais o médico ingresse prepará-lo nessas disciplinas e nos pormenores de sua administração e economia.

Na coleta de informações que realizamos, foram recuperados os temas desta área que aparecem na maioria dos planos de estudos. Estes foram agrupados em

três categorias, tratando-se de reproduzir o que geralmente se ensina nas escolas que fizeram parte do estudo: a) economia e saúde; b) conceitos gerais de organização e administração de serviços de saúde; e c) descrição e análise dos serviços de saúde do país.

a. Economia e saúde

Esse tópico inclui os seguintes aspectos: 1) nível de saúde e nível de vida, componentes e indicadores; 2) valor econômico da vida, custo da doença e preço da vida; 3) saúde e desenvolvimento econômico, investimentos em saúde e influências do desenvolvimento econômico; 4) gastos familiares com atenção médica – desigualdade de renda e sua distribuição; 5) seguridade social e seguro de saúde: diferentes sistemas; e 6) planejamento em saúde, conceito e características do planejamento, formulação de políticas e determinação de procedimentos, tipos de planos e planos nacionais.

b. Conceitos gerais de organização e administração de serviços de saúde

As matérias que incluem os princípios gerais de organização e administração aplicadas a serviços de saúde e sua legislação pertinente compreendem: 1) evolução das ideias sobre a função da medicina e o papel do médico: enfoques individuais e coletivos, medicina privada e pública etc.; 2) definição de termos: medicina curativa, preventiva e integral; 3) saúde pública: características e alcance; 4) recursos materiais e de pessoal: tipos de pessoal de saúde e sua formação, número de pessoal médico e paramédico, problemas de recrutamento, número de hospitais, centros de saúde, laboratórios, farmácias etc., distribuição geográfica; 5) indicadores que relacionam população e serviços: origem e validade desses indicadores, indicadores que relacionam população e recursos; 6) leis, regulamentos e normas da administração em saúde pública; 7) atenção médica: conceito, origem e desenvolvimento da atenção médica, administração da atenção médica integral, medição e avaliação da qualidade da atenção médica, auditoria médica e população coberta; 8) administração hospitalar: planejamento e administração de hospitais; 9) princípios de organização: sistemas de organização, hierarquia e unidade diretiva, subdivisão do trabalho, descentralização executiva e regionalização; 10) elementos de administração: manejo de pessoal, orçamento, aquisição de recursos materiais e serviços pessoais, contabilidade, almoxarifado, serviços gerais, princípios gerais, princípios gerais da administração aplicada à saúde pública; 11) etapas no desenvolvimento de um programa de saúde: determinação, execução e avaliação do programa; 12) análise de programas específicos de saúde: nutrição; 13) análise

de programas específicos de saúde: programas de controle materno-infantil; e 14) análise de programas específicos de saúde: saneamento ambiental, controle de doenças transmissíveis e outros.

c. Descrição e análise dos serviços de saúde no país

A descrição e a análise dos serviços de saúde em um país significam a aplicação dos conhecimentos enumerados a uma situação particular e compreende: 1) aspectos legais; 2) aspectos financeiros; 3) relação do ministério de saúde com outras entidades; 4) o seguro social; 5) serviços de saúde a nível local e regional; e 6) programas específicos de saúde.

Dos três temas apontados, os conceitos de organização e administração de serviços de saúde são o que se ensina mais frequentemente nas escolas de medicina (Quadro 39).

Quadro 39. Porcentagem de escolas com curso completo em que se ensinam temas de organização e administração de serviços de saúde, 1967

Tema	Porcentagem (N = 100)
Economia da saúde	59
Conceitos sobre organização e administração de serviços de saúde	80
Descrição e análise de serviços de saúde	65

A descrição e a análise de serviços de saúde também são ensinadas com certa frequência, porém em uma menor proporção nas escolas. Os países latino-americanos parecem ter decidido preparar médicos para as atividades em serviços de saúde; nisto suas escolas se diferenciam das de outros países fora da região. Essa tendência se deve ao fato de que os ministérios de saúde ou as instituições de seguro social na América Latina empregam uma boa parte dos médicos, o que criou a consciência, na profissão médica, da necessidade de encarar o problema de saúde de uma forma organizada e como função do Estado. Esse fenômeno não é novo na América Latina, pois esta tem uma larga tradição de serviços estatais.

Uma disciplina nova no ensino é a economia, o que indica uma preocupação dos docentes por articular os aspectos do desenvolvimento econômico e social com a saúde. Os temas relacionados com a organização e administração de saúde são ensinados geralmente em um único ano, ainda que algumas escolas tenham tratado de distribuir seu ensino em mais de um ano, especialmente no que diz respeito aos conceitos fundamentais (Quadro 40).

Quadro 40. Porcentagem de escolas de medicina com curso completo segundo número de cursos em que se ensinam temas de organização e administração de serviços de saúde, 1967

Tema	Número de cursos				Total
	Um	Dois	Três	Quatro	
Economia da saúde	78	18	2	2	100 (59)
Conceitos de organização e administração de serviços de saúde	66	23	10	1	100 (80)
Descrição e análise de serviços de saúde	94	6			100 (65)

A maioria das escolas médicas ensina esses temas no quarto e quinto ano do curso, como uma preparação para a futura atividade profissional do estudante. Algumas, entretanto, começam a ensinar esses conhecimentos desde os primeiros anos, integrando-os com outros cursos de medicina preventiva (Quadro 41). Essa integração é facilitada quando as escolas têm sob sua responsabilidade algum centro de saúde que pertence à rede de atenção médica local ou do país, de modo que os estudantes, ao participar dos programas de saúde, observam também o funcionamento dos serviços.

Quadro 41. Porcentagem de escolas com curso completo segundo ano do curso em que se ensinam os temas de organização e administração de serviços de saúde, 1967

Tema	Ano do curso						Total
	Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto	
Economia e saúde							
Um curso	7	7	8	19	35	24	100 (46)
Vários cursos	17	3	14	21	38	7	100 (13)
Conceitos de organização e administração de serviços de saúde							
Um curso	8	6	9	26	34	17	100 (53)
Vários cursos	11	9	12	27	28	13	100 (27)
Descrição e análise de serviços de saúde							
Um curso		5	8	28	41	18	100 (61)
Vários cursos			12	38	38	12	100 (5)

As horas de ensino de organização e administração de serviços de saúde são poucas comparadas com as de outros temas analisados; o maior número de horas se dedica à parte conceitual (Quadro 42).

Quadro 42. Média de horas de ensino segundo temas de organização e administração de serviços de saúde, 1967

Tema	Média de horas	Desvio padrão
Economia da saúde	8	7
Conceitos de organização e administração de serviços de saúde	17	20
Descrição e análise de serviços de saúde	8	9

O pequeno número de horas dedicado ao ensino desse tema coloca o problema de quanto e com que profundidade devem ser ofertados os conhecimentos da área. Não existem critérios a esse respeito, porém pode-se dizer que, em geral, o número de horas não tem importância se o estudante vive a experiência dos serviços de saúde. Em outras palavras, o aluno deveria trabalhar neles desde o começo do curso, de modo a adquirir naturalmente a sua compreensão através de uma espécie de treinamento em serviço. As aulas teóricas ajudariam, nesse caso, a verbalizar a experiência e a tomar consciência dos fatores que influem na prestação dos serviços organizados.

O ensino da organização e administração de serviços de saúde é predominantemente teórico; as aulas práticas se dedicam à observação de serviços de saúde ou a visitas a instituições médicas (Quadro 43). Em poucas escolas o estudante tem uma participação ativa nas atividades dos serviços da forma sugerida, e isso só acontece quando as escolas têm sob sua responsabilidade um serviço de saúde de uma área ou microrregião de saúde.

Quadro 43. Porcentagem de horas de ensino de temas de organização e administração de serviços de saúde em 100 escolas com curso completo, segundo método utilizado, 1967

Tema	Método de ensino			Total
	Teórico	Teórico-prático	Prático	
Economia e saúde	66	3	31	100
Conceitos de organização e administração de serviços de saúde	66	4	30	100
Descrição e análise de serviços de saúde	65	5	30	100

Alguns países estabeleceram anos obrigatórios de serviço depois que o estudante conclui a graduação, dando-lhe a responsabilidade de dirigir uma unidade de saúde que geralmente se encontra no meio rural. Essas experiências, que poderiam sanar os defeitos assinalados na educação médica formal, são perdidas por falta de uma supervisão docente adequada. É nessa etapa que o futuro médico se dá conta dos benefícios que poderia ter obtido se houvesse um treinamento prévio.

O problema no ensino da organização e administração de serviços de saúde não parece residir no número de horas dedicadas ao ensino formal, e sim no grau de participação ativa do estudante nesses serviços.

Ciências da conduta

A expressão "ciências da conduta", de uso recente porém difundida com grande rapidez, é empregada na atualidade para designar o conjunto de três disciplinas das ciências sociais: sociologia, antropologia e psicologia social. Tal denominação não é compartilhada por alguns autores, e assim Gaete e Tapia[30] sustentam que a expressão "ciências da conduta" teria certas implicações teóricas derivadas de algumas correntes de pensamento norte-americanas que

> dissociam o comportamento individual de sua base social, tendo como objetivo, implícita ou explicitamente, buscar a adequação máxima da medicina à sociedade. Desta maneira, esta corrente postula que as mudanças necessárias para superar nosso atual estado de saúde não têm que ser necessariamente mudanças na estrutura social, e sim modificações na conduta individual ou, no máximo, nas instituições de saúde.

Por outro lado, a diferenciação entre as ciências sociais e as humanas também tem gerado polêmicas, e assim Piaget comenta que essa diferenciação só faria sentido "se fosse possível dissociar, no ser humano, aquilo que pertence à sociedade daquilo que ele tem em comum com toda a humanidade".[31]

A ideia de considerar a medicina como uma ciência social tem origem em 1840, com a luta da classe média na Alemanha para garantir seus direitos sociais e políticos, influenciando assim no movimento de reforma médica.[32] Nessa época, Salomón Neumann, médico alemão, postulou que "as ciências médicas são, intrínsecas e essencialmente, ciências sociais".

Quando a classe média alemã conquistou o poder, esse conceito saiu de moda, para reaparecer na Inglaterra e nos Estados Unidos como um subproduto da pressão exercida pela classe operária para alcançar e garantir uma legislação

de seguridade social e o reconhecimento de seu direito de participar da distribuição da riqueza econômica e cultural de sua época.

Na Inglaterra, o conceito de Estado "benfeitor", ou Estado de bem-estar social, adquiriu predominância na década de 1930 e como um produto de tal tendência foi criado em Oxford o Instituto de Medicina Social.

Nos Estados Unidos a medicina social surge como um resultado da caridade organizada durante os últimos anos do século XIX, em íntima relação com o trabalho de assistência social, e adquire sua máxima expressão em 1925, com Francis Lee Dunham, que define a medicina social, dando importância ao ajuste pessoal e social.[33]

Dessas concepções de medicina social derivam uma série de considerações sobre o papel das ciências sociais na medicina e, fundamentalmente, "imagens" sobre essas disciplinas, as quais tiveram grande influência na aceitação ou rejeição das ciências sociais como parte do currículo médico.

Assim, alguns veem no ensino das ciências sociais uma possibilidade de desenvolver a consciência política dos estudantes, e, no extremo oposto, outros veem a possibilidade de dar aos futuros médicos a bagagem cultural correspondente a um profissional de prestígio na sociedade.

Uma dessas imagens, como assinala Robert K. Merton,[34] é a que considera que as ciências sociais podem ajudar a compreender e a solucionar o impacto preponderante que os fatores ambientais têm sobre certos grupos marginais da sociedade. Desse modo, os programas de medicina familiar radicam-se nessa concepção, que toma como padrão desejável certos valores da classe média e supõe que a experiência com famílias desintegradas ou marginais pode criar no estudante atitudes de compreensão e caridade.

Outra imagem comum é a que vê no médico um líder com capacidades para ser um agente de mudança social, capacidades estas que devem ser desenvolvidas mediante o estudo das ciências sociais.

Subjacente a essas concepções sobre o papel das ciências socias no ensino médico estão certos princípios básicos que geralmente não são explícitos: a) que o contato do sujeito com a realidade, sobretudo quando se trata de casos sociais extremos, induziria uma mudança desejável nas atitudes e no comportamento, como seria, por exemplo, o desenvolvimento de uma maior sensibilidade social no estudante de medicina pela experiência com populações ou famílias extremamente pobres, e b) que a aquisição de conhecimentos em si induz a mudança das atitudes e do comportamento.

Tais premissas são falsas quando sustentadas de modo absoluto, como fazem alguns educadores médicos, e contradizem as evidências acumuladas pelas pró-

prias ciências sociais com relação à multideterminação de atitudes e do comportamento das pessoas. Entretanto, essas premissas têm sido as bases sobre as quais algumas escolas de medicina introduziram o ensino das ciências sociais.

Para facilitar a coleta de informação neste estudo, utilizou-se a expressão "ciências da conduta", definida como o agrupamento da sociologia, da antropologia e da psicologia social, sem que isso implique a aceitação de uma determinada concepção acerca dessas disciplinas.

Outras ciências sociais, como a economia e as ciências políticas, foram incluídas no ensino da organização e administração de serviços de saúde.

Neste estudo, as ciências da conduta foram divididas em quatro grandes capítulos: a) conceitos básicos; b) etiologia e meio ambiente social; c) conduta preventiva face à saúde e à doença; d) aspectos psicossocioculturais da atenção médica. O primeiro capítulo corresponde ao desenvolvimento dos aspectos gerais e conceituais, enquanto os restantes são aplicados aos problemas médicos.

a. Conceitos básicos

Abarcam os seguintes pontos: definição de antropologia, sociologia e psicologia social, desenvolvimento da conduta, percepção, aprendizagem e pensamento, motivação, família, pequenos grupos, organizações, instituições, estratificação social, comunicação, opiniões, atitudes e crenças, sociedade e cultura.

b. Etiologia e meio ambiente social

Compreendem dois grandes temas: 1) tensão e enfermidade; e 2) fatores sociais como determinantes básicos da distribuição de enfermidades.

c. Conduta com relação ao estado de saúde e doença

Compreende os seguintes temas: conceitos de saúde e doença/enfermidade, conduta frente ao estado de saúde, conduta durante a transição do estado de saúde ao de doença/enfermidade, a procura por ajuda médica, a adoção do papel de doente, o paciente hospitalizado, convalescência, morte e incapacidade permanente.

d. Aspectos psicossocioculturais da atenção médica

Abarcam os seguintes tópicos: educação médica, profissões médicas, organização da atividade médica e os serviços de saúde.

O tema das ciências da conduta é ensinado em 79% das escolas de medicina com curso completo. Dos quatro subtemas o que se ensina com mais frequência são os conceitos básicos. Nenhuma escola ensina todos os conceitos básicos

assinalados, ainda que não se esperasse que o fizessem, porque isso representou apenas uma ferramenta metodológica para a coleta de informações (Quadro 44).

Quadro 44. Porcentagem de escolas com curso completo que ensinam temas de ciências do comportamento, 1967

Tema	Porcentagem (N = 100)
Conceitos básicos	78
Etiologia e meio ambiente	58
Conduta preventiva	55
A profissão e os serviços	39

Das 78 escolas que ensinam os conceitos básicos das ciências da conduta, 26 têm uma disciplina chamada psicologia social ou psicologia médica, na qual se abordam somente os conceitos relacionados com essas disciplinas, tais como: motivação, percepção, desenvolvimento da conduta, pensamento e aprendizagem. Em 14 escolas, o ensino desses conceitos básicos é assumido pelas cátedras ou departamentos de medicina preventiva; em 11 escolas, uma parte se ensina na disciplina de psicologia médica e outra parte na de medicina preventiva, e, finalmente, as 27 escolas restantes têm uma matéria chamada antropologia, sociologia e ciências sociais, na qual se estudam os conceitos fundamentais dessas ciências.

Em quase todas as escolas o tema de etiologia e meio ambiente é ensinado na disciplina de psicologia médica, na qual se aborda preferencialmente o tópico de "tensão e enfermidade". Poucas escolas ensinam os determinantes sociais das doenças e, quando o fazem, os integram à epidemiologia.

Poucas escolas ensinam o tema da conduta preventiva face ao estado de saúde e doença e, quando o fazem, é de forma parcial, ocupando a maior parte do tempo com o estudo da relação médico-paciente. A profissão médica e os serviços de saúde são abordados juntos como aspectos administrativos, e em pouquíssimos casos a docência tem um enfoque sociológico.

A integração de três disciplinas relativamente autônomas sob o título de "ciências da conduta" dificulta seu ensino em um único componente curricular, sobretudo ao se considerar que nos planos de estudo atuais o componente curricular tem sido considerado como sinônimo de disciplina. Por esse motivo, o ensino dos conceitos básicos ocupa mais de um ano: os conceitos psicológicos são ensinados em um componente e os de sociologia e antropologia em outros.

A maioria das escolas ensina etiologia e meio ambiente, conduta preventiva face ao estado de saúde e doença, a profissão médica e os serviços de saúde em um único ano (Quadro 45).

Quadro 45. Porcentagem de escolas com curso completo segundo número de cursos em que se ensinam temas de ciências do comportamento, 1967

Tema	Número de cursos				Total
	Um	Dois	Três	Quatro	
Conceitos básicos	49	31	18	2	100 (78)
Etiologia e meio ambiente	72	21	5	2	100 (58)
Conduta preventiva	65	25	10		100 (55)
A profissão e os serviços	72	18	10		100 (39)

Todos os tópicos de ciências da conduta, com exceção da profissão médica e os serviços de saúde, são ensinados no segundo e no terceiro ano do curso (Quadro 46).

Quadro 46. Porcentagem de escolas com curso completo segundo ano do curso em que se ensinam os temas de ciências do comportamento, 1967

Tema	Curso						Total
	Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto	
Conceitos básicos							
Um curso	11	34	28	5	11	11	100 (38)
Vários cursos	15	25	22	18	15	5	100 (40)
Etiologia e meio ambiente							
Um curso	14	38	31	7	7	3	100 (42)
Vários cursos	5	24	28	24	14	5	100 (16)
Conduta preventiva							
Um curso	14	39	30	3	8	6	100 (36)
Vários cursos	9	16	28	19	23	5	100 (19)
A profissão e os serviços							
Um curso	10	3	35	19	19	14	100 (28)
Vários cursos	16	23	11	16	23	11	100 (11)

Na docência dessas disciplinas, encontramos novamente a influência da divisão do plano de estudos em básico e aplicado, porquanto, ao serem consideradas ciências básicas são ensinadas nos primeiros anos. Essa "imagem" das ciências sociais como parte do ensino básico e orientado a produzir mudanças de atitudes e comportamentos gerais tem obstaculizado as tentativas de aplicação dessas disciplinas na solução de problemas médicos concretos.

O predomínio do conceitual sobre a aplicação no ensino dessas disciplinas pode ser exemplificado no seguinte programa de uma escola latino-americana: antropologia social, 23 horas de teoria e seminários no primeiro e segundo semestres. Nesse curso se estudam: introdução à antropologia e às ciências sociais, teoria e métodos em antropologia e sociologia, importância da antropologia na medicina, cultura e sociedade, evolução humana e o desenvolvimento da cultura, herança cultural e ambiente, processo de endoculturação e socialização, cultura e personalidade, parentesco, família, pequenos grupos, organização política e liderança, estratificação social e *status* social, tecnologia e economia; ademais, mudança cultural e processos culturais, a comunidade moderna, rural e urbana, problemas socioculturais do mundo moderno.

Este tipo de programa é comum em muitas escolas e é constituído apenas pela enumeração de temas de um livro geral de antropologia ou de um curso resumido para formar antropólogos sociais. Não se percebe nele nenhuma tentativa de adaptar esses temas às necessidades do estudante de medicina nem de relacioná-los com os problemas enfrentados pela profissão e, de certo modo, lembram a introdução dos programas de química e física, porque, como eles, a disciplina é ensinada como se fosse o caso de formar especialistas na matéria. O predomínio do conceitual sobre o aplicado pode ser constatado pelo número de horas de ensino dedicadas a cada um desses temas (Quadro 47).

Quadro 47. Média de horas de ensino por aluno segundo temas de ciências do comportamento, 1967

Tema	Média de horas	Desvio padrão
Conceitos básicos	27	24
Etiologia e meio ambiente	8	7
Conduta preventiva	10	14
A profissão e os serviços	8	11

A exposição dos conceitos básicos ocupa mais de 50% do tempo dedicado ao ensino das ciências sociais e, diferentemente de outras matérias básicas,

nelas não se usam exemplos da área médica, limitando-se a apresentar as teorias mais gerais.

Essa situação se torna mais grave pelo predomínio das aulas teóricas no ensino desses tópicos (Quadro 48). Assim, 66% das horas por aluno são dedicadas a conferências e aulas magistrais, nas quais a discussão e o intercâmbio de ideias não são abundantes. Quando existem aulas práticas, na maioria das escolas estas se limitam a visitas a bairros pobres, a instituições e, no melhor dos casos, à participação na realização de pesquisas (censitárias) em alguma população "marginal", com a produção extensa de dados sobre habitação e condições sanitárias sem muita elaboração teórica.

Quadro 48. Porcentagem de horas de ensino de temas de ciências do comportamento em 100 escolas com curso completo, segundo método utilizado, 1967

Tema	Método de ensino			Total
	Teórico	Teórico-prático	Prático	
Conceitos básicos	68	4	28	100
Etiologia e meio ambiente	74	2	24	100
Conduta preventiva	60	8	32	100
A profissão e os serviços	48	5	47	100

Entretanto, essa situação parece mudar à medida que os sociólogos e antropólogos adquirem experiência e segurança. Algumas escolas adotaram modelos de ensino que se ajustam às novas tendências no desenho do plano de estudos, e ainda que sejam poucas, essas experiências estão ajudando a produzir uma mudança no currículo. Cabe acrescentar que os cientistas sociais começam a aplicar a metodologia de suas disciplinas ao estudo dos problemas educacionais médicos, especialmente à avaliação das mudanças propostas.

O contato entre médicos e cientistas sociais tem ajudado, nos últimos anos, a reformular as experiências mútuas e a torná-las mais compatíveis.

Outros fatores que têm dificultado a aceitação das ciências sociais nas escolas de medicina são: a) o baixo *status* profissional que os médicos atribuem aos cientistas sociais e b) a localização pouco clara desses cientistas na estrutura administrativa. É bastante conhecida a dificuldade que os profissionais não médicos têm tido de se incorporar às escolas de medicina, devido ao alto prestígio social do médico, circunstância que acarreta problemas de autoridade em sua colaboração com outros profissionais. Químicos e biólogos no passado e sociólogos e economistas na atualidade enfrentam obstáculos para compartilhar e mesmo impor seus critérios.

Esse mesmo estado de coisas tem dado lugar para que as escolas neguem a esses profissionais a possibilidade de constituir uma unidade administrativa no mesmo nível das outras áreas de ensino, e eles, consequentemente, terminam por ser absorvidos nos departamentos ou cátedras de medicina preventiva ou psiquiatria. Um fato sintomático dessa situação é a luta travada em algumas escolas entre os departamentos ou cátedras de medicina preventiva e os de psiquiatria para incluir esses profissionais em suas unidades e oferecer, por conseguinte, as disciplinas de ciências sociais, pois presumem que os profissionais e as disciplinas de ciências sociais não podem ter uma identidade própria na estrutura administrativa e no plano de estudos.

É compreensível, portanto, que a recepção calorosa e plena de esperanças que os educadores médicos tiveram diante da introdução dessas disciplinas tenha diminuído e, em alguns casos, tenha sido substituída por uma atitude negativa, que, segundo alguns educadores, pode ter sido transmitida aos estudantes.

Com a finalidade de conhecer a importância que os estudantes dão aos conhecimentos das ciências sociais no exercício profissional, perguntou-se aos estudantes das seis escolas de medicina pesquisadas qual seria a contribuição efetiva das ciências sociais na formação de um bom médico (Quadro 49).

Quadro 49. Porcentagem de estudantes de seis escolas de medicina segundo a importância que dão às ciências sociais na formação de um bom médico, 1967

Escola	Importância das ciências sociais					
	Muita	Bastante	Alguma	Pouca	Nenhuma	Total
Universidade do Nordeste (Argentina)	55	36	8	1	0	100 (550)
Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)	47	45	7	1	0	100 (333)
Universidade de El Salvador (El Salvador)	50	35	13	2	0	100 (320)
Universidade de Novo León (México)	40	43	15	2	0	100 (757)
Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)	50	39	9	2	0	100 (216)
Universidade do Oriente (Venezuela)	45	42	10	3	0	100 (201)

É evidente que a maioria dos estudantes dá grande importância ao estudo das ciências sociais. Entretanto, é possível que essa consideração só se refira à for-

mação de uma cultura geral e não seja vista como um instrumento para a compreensão da realidade, ou como uma ferramenta efetiva para o trabalho médico.

Tentando esclarecer esse aspecto, perguntou-se aos estudantes se eles acreditavam que o médico necessita desses conhecimentos em sua prática diária (Quadro 50).

Quadro 50. Porcentagem de estudantes segundo sua opinião sobre a necessidade que tem o médico de conhecimento das ciências sociais em sua prática diária, 1967

Escola	Importância das ciências sociais					
	Muita	Bastante	Alguma	Pouca	Nenhuma	Total
Universidade do Nordeste (Argentina)	47	43	9	1	0	100 (549)
Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)	43	49	8	0	0	100 (333)
Universidade de El Salvador (El Salvador)	42	41	15	2	0	100 (320)
Universidade de Novo León (México)	38	45	15	2	0	100 (756)
Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)	44	41	14	1	0	100 (216)
Universidade do Oriente (Venezuela)	37	47	15	1	0	100 (201)

Aparentemente os estudantes percebem as ciências sociais como uma ferramenta útil para o exercício profissional, porém somente em uma das escolas pesquisadas eles têm tido a oportunidade de conhecê-las.

As expectativas positivas dos estudantes para com as ciências sociais e os novos métodos de ensino que começam a ser introduzidos em algumas escolas permitem pensar que em pouco tempo ocorrerão grandes mudanças no ensino da área. Entretanto, para que essas mudanças sejam produzidas, é indispensável recorrer à investigação, e nesse aspecto depende-se do que é feito em outras regiões com problemas de saúde diferentes, cujos marcos conceituais não são compartilhados pela maioria dos cientistas sociais latino-americanos.

Análise do conjunto das cinco áreas de medicina preventiva e social

O conjunto da medicina preventiva – medicina quantitativa, epidemiologia, ciências da conduta, organização e administração de serviços de saúde e medidas preventivas – constitui o núcleo do que hoje em dia se entende por medicina preventiva.

Cerca de 70% das escolas de medicina ensinam essas cinco áreas, apesar de que nem todas lhes dão a mesma importância. Algumas dedicam um número maior de horas à epidemiologia e outras, a medidas preventivas ou à medicina quantitativa, dependendo muitas vezes da formação do pessoal docente.

Se ordenarmos as 30 escolas que ensinam algumas das cinco áreas citadas em uma escala, situando em um extremo uma escola que só ensina medidas preventivas e, no outro, 12 escolas que ensinam medidas preventivas, epidemiologia, medicina quantitativa e organização e administração de serviços, a escala indicaria que medidas preventivas, designadas no passado como "higiene", acham-se sempre presentes e constituem a essência desse conjunto de conhecimentos (Quadro 51). A elas foram se agregando as outras disciplinas. Com frequência, a mais próxima é a epidemiologia, seguida da medicina quantitativa; quando estas já são ensinadas, agregam-se organização e administração de serviços de saúde e ciências da conduta. Em outras palavras, nenhuma escola ensina unicamente ciências da conduta ou organização de serviços.

A escala analisada, do mesmo modo que as camadas geológicas, resume a história dessas disciplinas: a) o conhecimento inicial oferecido foi o de medidas preventivas nos tópicos de higiene pessoal e saneamento ambiental; b) a este conteúdo se acrescenta a epidemiologia, que permite aprofundar o conhecimento da enfermidade e justificar ou descobrir novos meios de controle; c) a medicina quantitativa surge como uma necessidade para a investigação epidemiológica e para o diagnóstico da situação de saúde ao nível coletivo; d) a introdução de organização e administração de serviços e das ciências sociais marca uma ruptura com o processo anterior. Conhecida a distribuição das doenças, alguns de seus determinantes e medidas de controle, surge a necessidade de tornar mais eficiente a ação médica, e com tal finalidade foram incorporadas a administração e, em uma etapa posterior, as ciências sociais, que tentam aclarar por que certas medidas conhecidas como efetivas não são aplicadas e por que quando são aplicadas não alcançam os resultados esperados. Até agora o conhecimento médico foi dividido em dois grupos definidos – conhecimentos acerca dos determinantes da saúde e da doença e as medidas destinadas a controlar a doença e melhorar a saúde –, porém pouco a pouco foi se desenvolvendo um terceiro grupo de conhecimentos, que, ao serem aplicados, melhorariam as medidas de controle. A incorporação desse conjunto de conhecimentos nas escolas de medicina significaria a mudança mais importante na educação médica desde a institucionalização do ensino ocorrida na Idade Média e a incorporação das ciências a elas, ocorrida nos séculos XVIII e XIX.

Quadro 51. Número de escolas segundo temas de medicina preventiva e social que se ensinam no plano de estudos, 1967

Temas de medicina preventiva e social					Número de escolas (N = 100)
Ciências do comportamento	Organização e administração	Medicina quantitativa	Epidemiologia	Medidas preventivas	
*	*	*	*	*	70
–	*	*	*	*	12
*	–	*	*	*	7
*	*	–	*	*	1
*	*	*	–	*	1
–	–	*	*	*	6
–	–	–	*	*	2
–	–	–	–	*	1

* O tema é ensinado.
– Não se ensina.

Medidas preventivas, epidemiologia e medicina quantitativa, como se apontou anteriormente, são ensinadas na maioria das escolas e, além disso, têm em média um maior número de horas de ensino, o maior número de horas práticas e a menor variabilidade (Quadro 52).

Quadro 52. Características do ensino dos cinco temas que integram a medicina preventiva e social, 1967

Tema	Porcentagem de escolas que ensinam cada tema	Média de horas por aluno	Coeficiente de variabilidade padrão*	Porcentagem de horas práticas
Medidas preventivas	100	53	0,09	35
Epidemiologia	98	48	0,08	37
Medicina quantitativa	96	56	0,07	35
Organização e administração dos serviços de saúde	84	27	0,11	30
Ciências do comportamento	79	44	0,10	30

* O coeficiente de variabilidade padrão é uma medida de variação relativa que tem uma classificação de zero a um. Este coeficiente se defino por $S(d)=V(d) / V^{max}(d)$, em que, para este quadro, $V(d)$ é s/X e $V^{max}(d)$ é $\sqrt{n-1}$, sendo "s" o desvio padrão, "X" a média aritmética e "n" o tamanho da amostra.

(J. David Martin e Luis N. Gray: "Measurement of relative variation: Sociological examples. *American Sociological Review*, New York, v. 36, n. 3, 1971)

A organização e administração de serviços de saúde e as ciências da conduta apresentam todas as características de áreas de conhecimento que têm sido recentemente introduzidas no plano de estudos e ainda não estão consolidadas.

A média de horas de ensino por aluno das cinco áreas de medicina preventiva e social nas escolas de medicina com curso completo da América Latina é de 205 horas.

As médias mais altas no ensino desses temas e os coeficientes de variabilidade mais baixos são das escolas da Colômbia, Chile e Venezuela, indicando que o ensino da medicina preventiva nas escolas desses países é relativamente homogêneo (Quadro 53). Em dois desses países, a Associação Nacional de Escolas de Medicina tem desempenhado um papel importante no melhoramento alcançado pela docência.

Quadro 53. Média de horas de ensino de medicina preventiva e social por aluno, por país, 1967

País	Escolas com curso completo	Média de horas	Desvio padrão	Coeficiente de variabilidade padrão*
Argentina	9	150	84	0,20
Bolívia	3	107	38	0,25
Brasil	31	142	78	0,33
Centro América e Panamá	6	242	71	0,13
Colômbia	7	530	185	0,14
Cuba	2	144	–	–
Chile	3	381	66	0,12
Equador	3	122	51	0,30
Haiti	1	158	–	–
Jamaica	1	72	–	–
México	21	183	88	0,11
Paraguai	1	112	–	–
Peru	4	198	84	0,25
República Dominicana	1	159	–	–
Venezuela	6	373	76	0,09
Uruguai	1	121	–	–
Total	100	205	143	0,07

* Ver nota do Quadro 52.

O México é exemplo de um país no qual, embora exista homogeneidade no ensino da medicina preventiva, a média de horas de ensino é relativamente baixa, apesar de suas escolas terem sido as primeiras a introduzir novos temas de medicina preventiva. As escolas do Brasil, Equador, Bolívia e Peru apresentam uma grande variabilidade nas horas de ensino; algumas de suas escolas têm um número elevado de horas de ensino e outras muito poucas. O Brasil apresenta casos extremos de variabilidade: em algumas de suas escolas o número de horas de ensino desses temas é similar ou superior às escolas da Colômbia e Venezuela, e em outras é praticamente inexistente. Se compararmos esses resultados com os que foram obtidos das cátedras ou departamentos de medicina preventiva, observamos que as horas de ensino nestes últimos é ligeiramente superior. Isso se deve ao fato de que as cátedras ou departamentos incluem o ensino extramural e temas que não foram considerados na análise por tópicos. Também há que se ter em mente que nem todos os temas designados como de medicina preventiva são ensinados pelas cátedras ou departamentos de medicina preventiva.

PROGRAMAS DE MEDICINA INTEGRAL

A análise efetuada na seção anterior sobre os tópicos que a medicina preventiva abarca se refere fundamentalmente à sua relação com a aquisição de conhecimentos e habilidades e, só de forma marginal, à mudança de atitudes do estudante.

Fica difícil identificar nos planos de estudo as experiências educacionais que poderiam produzir mudanças de atitude e de comportamentos, apesar de muitas escolas considerarem essas mudanças como parte de seus objetivos. Assim, "medicina integral" é um tipo de programa destinado a produzir transformações na área afetiva. Tais programas tratam de criar experiências educacionais nas quais o estudante pode aplicar integradamente as medidas preventivas e curativas, adquirindo, desse modo, uma atitude positiva com relação ao cuidado integral do indivíduo sadio ou doente.

O Comitê de Experts da Opas/OMS no Ensino de Medicina Preventiva e Social resumiu, sob o título de "Aprendizagem das responsabilidades preventivas do médico", os objetivos desses programas da seguinte forma: "Consistem, essencialmente, na aquisição de destrezas, habilidades e atitudes e hábitos próprios do exercício de uma boa prática médica".[35]

Três tipos de programas podem ser identificados como de "medicina integral": a) programas extramurais; b) programas intramurais; e c) programas de medicina integral durante o internato.

Programas extramurais

Os programas extramurais, chamados também de programas de medicina comunitária ou de medicina integral, são experiências educacionais realizadas fora do ambiente hospitalar e dos laboratórios da escola de medicina e surgem como uma resposta a certos efeitos negativos atribuídos ao ensino no hospital.

Um dos Comitês de Experts da Opas/OMS[36] destacou, entre esses efeitos negativos, os seguintes: a) a especialização do trabalho hospitalar e as peculiaridades do paciente que chega ao hospital e b) a consideração do paciente como indivíduo, descuidando-se dos aspectos sociais.

Os tipos de programas extramurais adotados na América Latina têm sua origem nos Estados Unidos, onde surgiram como resultado das características de seus sistemas de educação e de atenção médica, muito particularmente o predomínio do hospital no sistema de atenção, a separação do curativo do preventivo e a ausência de um serviço nacional de saúde.

A reação contra os resultados do ensino no hospital parece derivar-se, nos Estados Unidos, da corrente filosófica que, dando importância aos aspectos de cultura geral na educação e opondo-se ao materialismo, se autodenomina humanista. A influência desse grupo na educação médica tem flutuado, e alguns de seus triunfos são observados ao se analisarem as inovações introduzidas nas escolas de medicina.

O informe *Widening Horizons in Medical Education*, do Comitê Conjunto da Association of American Medical Colleges e da Association of Medical Workers[37] – publicado em 1948, de grande influência na difusão dos programas extramurais – foi uma expressão dessa corrente educacional. Essa corrente já foi discutida ao se tratar do ensino das ciências sociais e voltará a ser examinada na análise dos sistemas de admissão dos estudantes. Neste livro sustenta-se que, "uma vez que a maior parte, senão toda, da instrução clínica tem sido circunscrita ao hospital, tem sido difícil fazer o aluno ver a importância que o domicílio e a comunidade t*ê*m no desenvolvimento das doenças".

Sanazaro e Bates, ao avaliar esses programas, dão razões similares às dos *experts* da Opas/OMS, antes citadas, para a introdução desses programas, quando dizem: "[...] têm sido descritos como a resposta aos maiores dilemas da prática médica moderna: a fragmentação da atenção ao paciente, produto da crescente especialização e importância das doenças crônicas com os problemas psicossociais que as acompanham".[38]

Os programas extramurais nascem, assim, como uma reação ao ensino no hospital, e sua designação reflete o aspecto que se deseja corrigir com sua pro-

moção. Assim, "medicina comunitária" indica o desejo de que o estudante veja o paciente em seu ambiente social, e "medicina integral" reflete o interesse em reduzir a preponderância concedida ao enfoque curativo no hospital. Tais objetivos dos programas extramurais e outros que se agregam se expressaram na Conferência de Colorado Spring (1953) ao enunciar as vantagens destes para o estudante: a) ver o paciente como membro da família e de seu bairro, e não como um ente isolado; e b) considerar as medidas preventivas como parte integrante da prática médica, aprendendo a participar da manutenção da saúde, mediante educação e aconselhamento familiar, aplicação de procedimentos específicos de imunizações e a prática dos exames de saúde para detecção precoce de doenças.

A introdução das atividades extramurais nos Estados Unidos foi acompanhada do surgimento da investigação sobre a conduta dos indivíduos frente às enfermidades e aos serviços de saúde, e seus resultados têm transformado lentamente os mencionados programas. Assim, na década de 1960 se iniciou uma série de estudos sobre a utilização dos serviços de saúde que demonstrou o papel limitado que o hospital tem na atenção médica, produzindo um gráfico que, na visão de alguns educadores médicos, constituirá o fator isolado mais importante na transformação da atenção médica (Figura 18).[39]

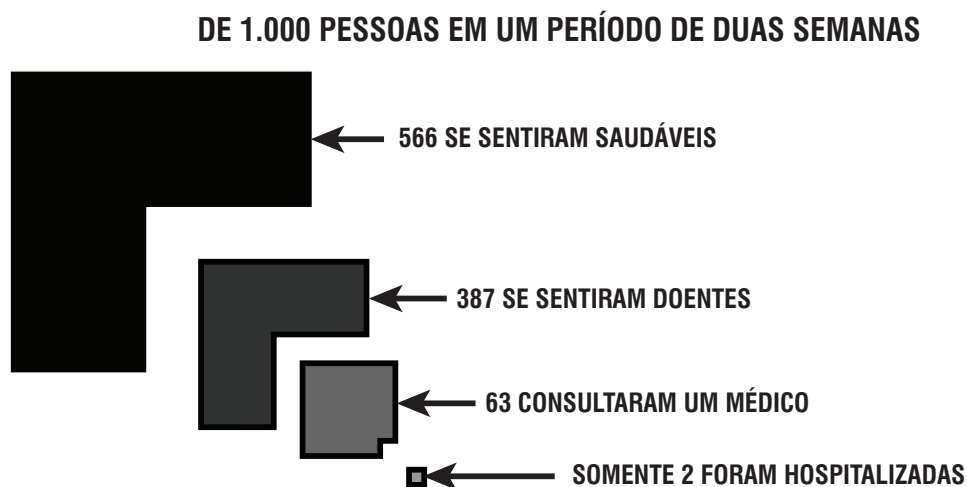
Figura 18. Cobertura dos serviços de atenção médica na Colômbia, 1965-1966

DE 1.000 PESSOAS EM UM PERÍODO DE DUAS SEMANAS

566 SE SENTIRAM SAUDÁVEIS

387 SE SENTIRAM DOENTES

63 CONSULTARAM UM MÉDICO

SOMENTE 2 FORAM HOSPITALIZADAS

Este gráfico mostra de forma evidente que o paciente hospitalizado, sobre o qual se concentra o ensino, representa uma unidade no grupo de indivíduos com problemas de saúde.

Os partidários do ensino extramural veem, desse modo, sua posição reforçada, ainda que a orientação desses programas tenha variado, pois na atualidade o importante é que o estudante participe na experimentação de novos modelos de atenção médica que possam aumentar a baixa cobertura dos serviços atuais, ao tempo em que ajudem na formação de um novo profissional de saúde e promovam a delegação de algumas atividades médicas para o pessoal auxiliar.

Essas novas matizes dos programas extramurais têm gerado duas posições opostas, que se resumem na pergunta formulada por Deutsche e Eberson: "A escola de medicina pode ensinar e investigar mais efetivamente provendo serviços de saúde integrais e contínuos a uma população determinada?".[40]

Os que respondem afirmativamente argumentam que a missão da faculdade é também prestar serviços de saúde e, especialmente, experimentar novos modelos de atenção, como uma forma de investigação aplicada. Segundo essa tendência, o ensino deve ser feito no sistema de saúde como um todo integrado, e assim se eliminaria a contradição entre hospital e comunidade.

Os que argumentam contrariamente a essa posição veem nesta a criação artificial de serviços de saúde que não representam a realidade da região ou de um país e, portanto, não deveriam ser difundidos.

Muitas escolas latino-americanas acreditaram encontrar nas atividades extramurais a solução para os problemas supostamente similares aos dos Estados Unidos e, assim, começaram a adotar programas extramurais com objetivos similares aos experimentados naquele país. Esses programas variam segundo a época de sua adoção.

Antes de analisar o processo de difusão dessa inovação, examinaremos a situação atual dos programas extramurais nas escolas de medicina latino-americanas.

Estado atual dos programas extramurais

Atividades extramurais são, em um sentido estrito, as que são realizadas fora do hospital e da escola de medicina. Sua investigação teria sido impossível se apenas nos ativéssemos a essa ampla definição, uma vez que quase todas as escolas contemplam algum tipo de atividade fora dos muros universitários, atividades estas que são realizadas, em geral, sem a definição de objetivos próprios, como práticas esporádicas e complementares de um curso ou disciplina.

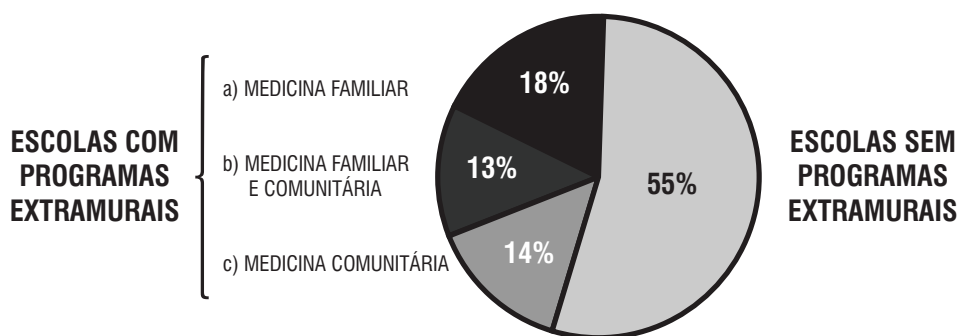
A atividade extramural que nos interessa é a que pretende alcançar certos objetivos mediante uma série de experiências docentes realizadas fora do recinto hospitalar e da escola. Ficam fora dessa categoria, portanto, as atividades extra-

murais que são consideradas como práticas de uma disciplina, como visitas a bairros ou instituições e aquelas de que o aluno participa de forma voluntária.

Os programas extramurais das escolas de medicina latino-americanas – tal como foi definido – podem ser divididos em duas grandes categorias, de acordo com o objeto de ensino: a) a família; b) uma população limitada, habitualmente chamada comunidade. Uma terceira categoria contempla a combinação das duas anteriores e pode apresentar-se como um programa ou como dois programas separados, porém combinados.

Em 45% das escolas de medicina da América Latina encontramos programas extramurais (Figura 19).

O tipo de programa mais frequente, seja como uma atividade ou combinado com trabalhos em populações, é o chamado de medicina familiar. Esse programa consiste em uma visita periódica do estudante a uma ou mais famílias durante um tempo determinado. Durante essas visitas o estudante deve obter informação básica sobre a família com relação aos aspectos de saúde, moradia, saneamento ambiental, situação econômica, hábitos e costumes. Além disso, deve servir como conselheiro em aspectos relacionados à saúde, aplicando os princípios de educação sanitária e solucionando problemas de saúde quando estes se apresentam.

Figura 19. Porcentagem de escolas segundo o tipo de programa extramuros

Esses programas têm como um dos seus objetivos fundamentais a mudança de atitudes e comportamento mediante o enfrentamento da realidade. Um exemplo desses objetivos, já comentado quando tratamos das ciências sociais, é o de uma das escolas estudadas que pretende, mediante seus programas, "vincular o estudante à família e à comunidade, a fim de despertar no futuro médico a sensibilidade social, indispensável para que possa estudar o homem em seu ambiente natural e social e possa compreender e resolver os problemas médicos da família e da comunidade".

Todas as escolas com programas de medicina familiar apresentam variações da descrição feita anteriormente. Assim, alguns programas selecionam famílias que frequentam o consultório externo ao hospital ou o centro de saúde, e outros, famílias que participaram de algum estudo de população realizado pela escola em suas atividades práticas. Em geral, as famílias escolhidas pertencem aos estratos mais baixos da população e seus problemas são de tal magnitude que o estudante não pode realizar nenhuma ação efetiva. Como quase sempre os programas designam poucas famílias por estudante, a relação que se estabelece é de caráter afetivo e, em certas ocasiões, o estudante passa a ser considerado mais um membro do grupo familiar, o que tem levado algumas escolas a abandonar ou transformar essa atividade.

Os alunos realizam seminários e assistem a aulas teóricas sobre assuntos relacionados com a atividade principal. Frequentemente a supervisão do programa é escassa e os estudantes têm que atuar frente aos problemas que as famílias apresentam mais ou menos sozinhos.

O trabalho em populações apresenta maiores variações que o programa familiar, podendo ser desde uma simples pesquisa em uma população, a realização de alguma atividade de imunização ou saneamento ambiental, até a realização de programas integrais e contínuos de prestação de serviços de saúde. Neste caso, a escola tem sob sua responsabilidade um centro de saúde ou dispõe de pessoal permanente que, além das funções assistenciais, realiza atividades docentes.

O número de horas de ensino por aluno dedicado a esses programas varia de acordo com o tipo do programa: as escolas que só têm programas familiares alocam, em média, o menor número de horas de ensino (Quadro 54).

Quadro 54. Média de horas de ensino por aluno segundo tipo de programa extramural, 1967

	Medicina familiar (N = 18)	Trabalho em populações (N = 13)	Medicina familiar e trabalho em populações (N = 14)
Média de horas	47	184	211
Desvio padrão	38	112	147

Considerando o tipo de atividade e o número de horas que se dedica ao programa de medicina familiar, quando este é o único trabalho extramural, não tem grande impacto no estudante. Não obstante, sua grande difusão pode ser explicada pelo fato de necessitar de poucos recursos para seu funcionamento.

É evidente que os programas que combinam medicina familiar e trabalho em populações estão mais bem estruturados e se reforçam mutuamente, ao estudar ao mesmo tempo poucos casos em profundidade e as condições gerais em que vivem as famílias. Outra vantagem desses programas é que o estudante participa nas ações dos serviços de saúde e não fica isolado das instituições assistenciais, podendo, dessa forma, apropriar-se de conhecimentos acerca do sistema de atenção à saúde do país, ao qual seguramente será integrado posteriormente.

A maioria das escolas com programa de medicina familiar oferece esse programa geralmente durante o quarto ano como um componente curricular. As escolas que possuem programas combinados, por sua vez, desenvolvem programas extramurais em todos ou quase todos os anos do curso (Quadro 55). Não é de estranhar que essas escolas sejam as que apresentam o maior número de horas de medicina preventiva por aluno na América Latina. Exemplos desse tipo de escola são as da Colômbia, especialmente a de Cáli; a de Zulia e Carabobo, na Venezuela; a de Concepción, no Chile; e a Escola Paulista de Medicina, no Brasil.

Quadro 55. Número de escolas por cursos que abarcam cada programa extramural, 1967

Número de cursos	Medicina familiar	Trabalho em populações	Medicina familiar e trabalho em populações
Um	11	2	4
Dois	5	6	7
Três	2	2	
Quatro	–	2	2
Cinco	–	1	1
Total	18	13	14

Avaliação dos programas extramurais

Não se tem feito nenhuma avaliação na América Latina com a finalidade de apreciar o efeito desses programas e a eventual diferença nos resultados em função dos distintos tipos de atividade. As investigações realizadas nos Estados Unidos não são concludentes; entretanto, existem evidências de que a participação nesses programas não produz mudanças significativas nas atitudes e condutas dos estudantes, embora pareça influir na aprendizagem de conhecimentos e no desenvolvimento de habilidades.[41]

Um dos argumentos apresentados a favor dos programas extramurais é o grau de motivação que desperta nos estudantes. Com o objetivo de conhecer sua

opinião a respeito desses programas foi feita a seguinte pergunta a todos os alunos de seis escolas de medicina:

> *A necessidade de áreas experimentais para o ensino da medicina preventiva e social tem provocado profundo desacordo entre o pessoal docente de algumas escolas. Para alguns médicos, o trabalho nas enfermarias dos hospitais e em consultórios externos proporciona aos estudantes uma experiência suficiente nos aspectos preventivos e sociais da medicina. Outros profissionais pensam que somente o trabalho em uma população ou comunidade pode proporcionar aos estudantes uma experiência valiosa nesses aspectos da prática médica. Na sua opinião, é necessário e desejável que o ensino adequado de medicina preventiva e social inclua algum tipo de programa na comunidade ou população?*

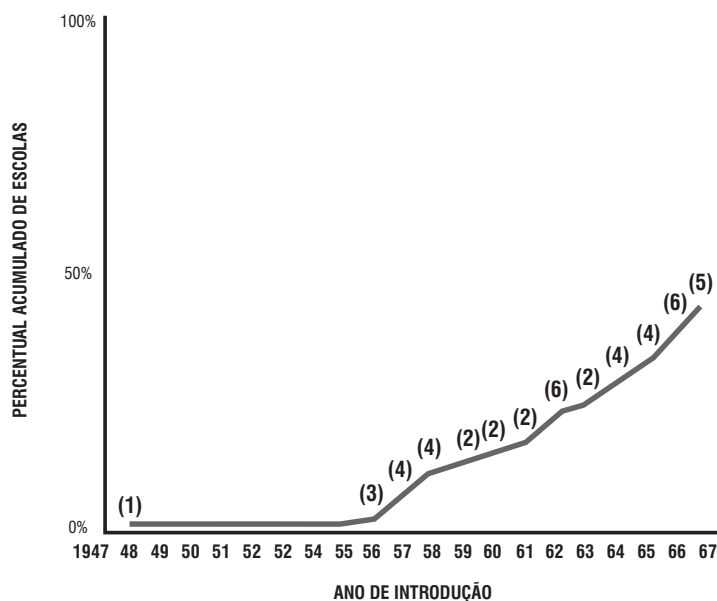
É evidente, pelos resultados obtidos, que os estudantes têm uma opinião positiva acerca desses programas e que a experiência adquirida neles não parece alterar sua atitude (Quadro 56). Assim, as respostas dos estudantes da única escola que tinha programa extramural no momento da entrevista não diferem significativamente das respostas dos alunos das outras escolas.

Quadro 56. Porcentagem de estudantes de seis escolas de medicina segundo sua opinião sobre a necessidade que a escola tenha programas extramurais, 1967

Escola	Necessidade de programas extramurais			
	Muita	Alguma	Nenhuma	Total
Universidade do Nordeste (Argentina)	71	27	2	100 (550)
Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)	88	12	0	100 (331)
Universidade de El Salvador (El Salvador)	80	18	2	100 (319)
Universidade de Novo León (México)	74	24	2	100 (745)
Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)	79	19	2	100 (215)
Universidade do Oriente (Venezuela)	75	24	1	100 (197)

A difusão dos programas extramurais

Os programas extramurais têm seguido o mesmo padrão de difusão que outras inovações: inicialmente poucas escolas adotaram esse tipo de experiência educacional, porém, transcorridos alguns anos, um número maior delas os acolheu (Figura 20).

Figura 20. Curva de difusão dos programas extramurais

A difusão desses programas parece ter seguido um ritmo mais lento que outras inovações, tais como o sistema departamental, introduzido na mesma época nas escolas latino-americanas. Certamente esses programas não alcançaram a notoriedade de outros nem se constituíram em tema central de discussão nas várias reuniões e congressos realizados nas décadas de 1950 e 1960, como sucedeu, por exemplo, com o sistema departamental e os sistemas de admissão dos estudantes.

É justo dizer que a difusão dos programas extramurais na América Latina é fruto do esforço dos professores de medicina preventiva e social. Quase todos os programas analisados foram impulsionados por pessoal de saúde pública e, em poucos casos, por professores de outras cátedras ou departamentos. A implantação desses programas adotou a reprodução das atividades desenvolvidas nas escolas norte-americanas no final da década de 1940, seguindo-se, assim, o modelo de medicina familiar.

A fim de conhecer o grau dessa influência, perguntou-se aos coordenadores dos programas extramurais de onde haviam extraído a ideia ou o modelo que orientou a introdução da atividade extramural (Quadro 57).

As escolas de medicina dos Estados Unidos mais frequentemente mencionadas foram as das Universidade de Cornell e Western Reserve, cujos programas extramurais exerceram também uma grande influência nas escolas médicas dos Estados Unidos. Os responsáveis pelos programas que tiveram as escolas norte-americanas como modelo inspirador pertenciam às escolas que podemos considerar pioneiras na adoção dessa inovação.

Quadro 57. Porcentagem de escolas de medicina e instituições que foram mencionadas que inspiraram a introdução do programa extramural, 1967

Instituição	Porcentagem
Escolas de Medicina dos Estados Unidos	24
Escola de Medicina do Valle (Colômbia)	20
Escola de Medicina de Concepción (Chile)	9
Organização Pan-Americana de Saúde (seminários, publicações etc.)	11
Escola Paulista de Medicina (Brasil)	4
Escola de Ribeirão Preto (Brasil)	4
Escolas centro-americanas	4
Outras escolas e instituições	24
Total	100 (55)*

* Foram obtidas 55 respostas de 45 encarregados de programa.

As escolas de medicina latino-americanas mais mencionadas, em especial pelos coordenadores entrevistados que pertencem a escolas que adotaram esses programas mais tardiamente, foram as da Universidade del Valle (Colômbia) e Concepción (Chile). De fato, ambas escolas representaram "modelos" para a educação médica na década de 1950, tanto no ensino da medicina preventiva quanto em outros aspectos.

A Opas foi mencionada diversas vezes como a instituição que proporcionou conhecer as experiências anteriormente apontadas, mediante três atividades: a) os seminários sobre ensino da medicina preventiva e social, realizados em 1955 e 1956; b) o financiamento de bolsas de estudo que contemplavam a visita obrigatória às escolas mencionadas; e c) o *Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana*, que publicou algumas dessas experiências, em especial a da Universidade del Valle, em novembro de 1959.

Os Seminários de Viña del Mar e Tehuacán recomendaram a introdução dos programas extramurais.[42] Assim, o relatório do primeiro "recomenda especialmente que o aluno – devidamente supervisionado – atue como observador e conselheiro médico de um número limitado de famílias da comunidade, por um longo período de tempo"; e o segundo, realizado em Tehuacán, diz a esse respeito que:

> Considera-se recomendável delegar aos estudantes a atenção a um número limitado de famílias, em período prolongado, para que se compenetrem gradualmente dos problemas de saúde e doença. Enfatiza-se que esse método pode criar a atitude adequada no estudante quando os serviços essenciais de saúde pública operam de forma coordenada.

Os Seminários de Viña del Mar e Tehuacán também recomendaram a participação dos estudantes nos serviços locais de saúde, porém esse tipo de atividade extramural não teve a mesma acolhida que os programas de medicina familiar.

O artigo de Santiago Renjifo,[43] publicado no *Boletim da Opas* sobre o ensino da medicina preventiva na faculdade de Medicina da Universidade del Valle, constitui a descrição mais completa do que pode ser considerado o "tipo ideal" de ensino dessa disciplina nos anos 1950 e 1960. Nele são descritos os programas extramurais e se apontam algumas críticas feitas a esse tipo de programa que, hoje em dia, poderiam ser aplicadas às atividades extramurais de muitas escolas. Assim, o dr. Renjifo recomenda que: a) o pessoal docente acompanhe e supervisione o estudante em suas visitas domiciliares, uma vez que de outra maneira o estudante não aproveita bem esse tempo, pois se confronta com problemas cuja solução não pode dar, acumulando frustrações que podem culminar com a formação de um preconceito com esse tipo de programa; além disso, o estudante passa por alto detalhes importantes e pode encontrar dificuldades para entender-se com as pessoas por causa de sua inexperiência; e b) o estudo da família deve ser planejado cuidadosa e antecipadamente para se evitar dispersão nas observações. Efetivamente, a maioria das escolas com programas de medicina familiar peca por não seguir essas recomendações, que são produto de longos anos de experiência.

Não encontramos nas escolas com curso completo o que parece ser uma nova tendência no enfoque dos programas extramurais: a experimentação de modelos de atenção médica em uma área definida sob responsabilidade da escola de medicina. Esse novo enfoque, que integra a atenção médica em seus diversos níveis – hospitalar e comunitária –, está sendo adotado por algumas escolas criadas recentemente e segue o padrão de difusão de inovações anteriormente apresentado, quer dizer, se está ainda no primeiro período de experimentação e

adoção de uma outra inovação. Nesse caso, o período inicial de difusão de uma inovação se superpõe ao período final de outra.

Na difusão dos programas extramurais, do mesmo modo que na primeira etapa da introdução de qualquer inovação, ocorrem discussões sobre suas vantagens e desvantagens. Quem apoia a nova tendência considera que uma das metas da universidade e, portanto, de suas escolas é a experimentação de novos enfoques. Uma vez que a preocupação mais importante da saúde pública, nesse momento, é ampliar a cobertura dos serviços, defendem que é responsabilidade das escolas de medicina introduzir e avaliar sistemas de atenção médica mais amplos e integrais. Segundo essa corrente, o estudante deve participar ativa e criativamente desse processo. Os educadores que se opõem a essa inovação, por sua vez, argumentam que as escolas de medicina têm uma missão limitada e que o ensino deve ser integrado ao sistema de atenção médica sem tratar de interferir ou duplicar as ações dos serviços de saúde, sejam os serviços locais ou nacionais. Segundo esses educadores, o estudante deve integrar-se o mais cedo possível em todos os níveis do sistema de atenção médica no qual se inserirá como profissional.

Em todo caso, o conceito dos programas extramurais parece ter mudado; essa denominação começa a ser abandonada e substituída por conceitos que sinalizam a inserção e intervenção do estudante em serviços integrados, tais como os programas de participação no sistema de atenção médica.

Programas intramurais

Os programas de medicina integral intramural são, na realidade, programas intra-hospitalares que pretendem remediar a pouca importância dada às medidas preventivas no ensino clínico, daí que algumas escolas têm denominado esses programas de "medicina preventiva clínica".

Nesses programas, a prevenção é feita ao nível individual e pessoal, e não ao nível coletivo, como acontece nos programas extramurais.

A expectativa de que fossem os professores das matérias clínicas que ensinassem os aspectos preventivos e de que "o êxito dos departamentos de medicina preventiva seria alcançado quando estes desaparecessem" está muito longe de ser alcançada.

Somente dez das escolas analisadas contam com programas integrados intra-hospitalares, e nestes não foi possível determinar o número exato de horas de ensino.

Nesses programas são realizadas as seguintes atividades:

a. cursos teóricos e práticos sobre aspectos de medicina preventiva, os quais contam com a colaboração de professor de diversas cátedras e acontecem nas horas destinadas à disciplinas clínicas;
b. seminários conjuntos dos departamentos clínicos e os de medicina preventiva;
c. práticas no consultório (ambulatório) externo do hospital, onde se integra medicina preventiva e clínica médica, coordenadas, às vezes, pela medicina preventiva;
d. participação dos professores de medicina preventiva no trabalho desenvolvido nas enfermarias dos hospitais como "conselheiros" dos estudantes e professores de clínica e em sessões clínico-patológicas.

Em dez das escolas mencionadas essas atividades são realizadas em um ou mais dos anos dedicados ao ensino clínico.

O programa de medicina integrada intramural mais conhecido é o da Escola de Medicina da Universidade do Chile, implantado pelo dr. Gustavo Molina.[44] Nesse programa, o ensino dos aspectos preventivos e sociais das doenças é feito por meio de duas atividades realizadas pelos estudantes: 1) elaboração de uma ficha epidemiológica-social de cada paciente hospitalizado, como parte da história clínica; 2) a educação dos pacientes que terão alta, mediante instruções sobre: a saúde do paciente e da sua família (segundos dados da ficha epidemiológica-social), medidas que o paciente deve adotar para prevenir complicações e recaídas, recomendações específicas relacionadas com sua doença e informação sobre os benefícios oferecidos pelo Serviço Nacional de Saúde. Esse programa se estende durante todo o ensino clínico, desde o curso de semiologia, no terceiro ano, até o internato.

A integração do ensino da medicina preventiva à clínica, salvo as exceções mencionadas, é quase inexistente nas escolas latino-americanas. Em todo caso, isso parece ser um fenômeno universal, apesar das recomendações feitas em diversas reuniões internacionais.

O principal obstáculo para se efetuar essa integração, segundo alguns autores, tem sido a ausência de métodos testados e aprovados que sejam eficazes. Ainda que esse fator seja importante, existem outros, de caráter estrutural e ligados à formação do pessoal docente, que desempenham um papel determinante, como, por exemplo: 1) a divisão do plano de estudos em disciplinas e a estrutura administrativa da escola em departamentos; e 2) a formação deficiente dos clínicos em medicina preventiva e a dos professores de medicina preventiva em

ciências clínicas. Este último fator parece ser o motivo da desconfiança entre os dois grupos de especialistas, o que está se tratando de remediar, através da capacitação de professores em ambos os aspectos e designando-os simultaneamente como professores dos departamentos de medicina e de medicina preventiva.

O professor "ponte", como tem sido chamada essa solução, terá que ser transitório e desaparecerá quando se conseguir mudar a atual estrutura dos planos de estudos e da organização administrativa formal das instituições.

Medicina integral durante o internato

Uma outra forma de oferecer ao estudante uma experiência de medicina integral tem sido adotada por algumas escolas e consiste em dedicar uma parte do tempo do internato à sua inserção em um centro de saúde.

Das nove escolas que oferecem um estágio de medicina integral durante o internato, em cinco esse estágio tem a duração de dois meses; em três delas, o estágio é de um mês; e em uma, apenas 15 dias.

Em sete dessas nove escolas o estágio é realizado na área rural, utilizando, na maioria das vezes, serviços ou instituições dirigidas por pessoal do departamento de medicina preventiva; uma escola combina uma parte do estágio em área urbana com um período em área rural, e somente uma escola oferece esse estágio em um centro de saúde localizado em uma área "marginal" de população urbana. O estudante participa em todas as atividades do serviço, tanto curativas quanto preventivas, e assume também as funções administrativas correspondentes.

AVALIAÇÃO DA MEDICINA PREVENTIVA PELOS ESTUDANTES

A avaliação educacional requer a definição de objetivos claros e específicos e o estabelecimento de critérios ou normas que permitam a sua comparação com os achados empíricos. Tais critérios se relacionam, por um lado, com o que se deseja que o estudante aprenda ou saiba fazer e, por outro, permitem identificar quais são os melhores meios para alcançar os objetivos educacionais propostos.

A forma de se estabelecer esses critérios é diferente para cada um desses objetivos. Com relação ao primeiro, bastaria que os educadores ou os futuros empregadores decidissem o que esperam que o profissional saiba fazer. No que diz respeito ao metodológico, o critério é construído a partir de investigações que comparam os resultados de programas de ensino que utilizam diferentes metodologias e diferente número de horas de ensino.

Lamentavelmente, até agora nenhuma dessas atividades foi realizada de forma suficiente e adequada, de modo que a ausência de tais critérios é uma das maiores dificuldades enfrentadas na avaliação da medicina preventiva e social.

Entretanto, a experiência e o senso comum nos apontam alguns indicadores, como são as horas de ensino por aluno e o percentual de horas de ensino prático, com os quais se pode avaliar a possível eficácia do ensino. É provável que os estudantes também utilizem parâmetros similares e certos valores quando expressam juízos valorativos, dizendo que um determinado número de horas lhes parece suficiente ou insuficiente para o aprendizado de uma matéria.

A fim de conhecer quais são esses valores, foi realizada uma análise comparativa das respostas dos estudantes de seis escolas de medicina que diferiam quanto ao número de horas de ensino e à proporção de horas práticas de medicina preventiva. Para isso foram utilizadas duas perguntas: na primeira se pediu a opinião dos estudantes sobre os programas de sua escola, perguntando se consideravam que os conhecimentos oferecidos eram suficientes ou insuficientes, e na segunda – feita aos estudantes que responderam que os conhecimentos eram insuficientes – se pediu que eles indicassem como poderia se superar essa insuficiência. Nesse sentido, foram apresentadas três alternativas, deixando-se uma quarta em aberto. As respostas à segunda pergunta foram agrupadas em três categorias: 1) aumento de horas de ensino; 2) mudança no conteúdo do programa e nos métodos de ensino, mantendo o número de horas atuais; 3) outras. Foram calculados os percentuais baseados no total de alunos. Os resultados obtidos foram comparados com o número de horas de cada escola e com a porcentagem de horas práticas (Quadro 58).

Quadro 58. Comparação da opinião dos alunos e dados objetivos do ensino de medicina preventiva em seis escolas de medicina, 1967

Parâmetros de avaliação	Escola					
	A	B	C	D	E	F
Opinião dos estudantes						
Porcentagem que sugere aumentar as horas de ensino	5	10	21	32	27	31
Porcentagem que deseja mudar o conteúdo e os métodos de ensino	31	58	41	53	34	40
Dados objetivos						
Horas de ensino por aluno	486	378	324	172	170	112
Porcentagem de horas práticas de ensino	60	47	7	6	47	46

Embora os estudantes não tivessem outra experiência com a qual comparar o ensino oferecido por sua escola, observa-se correspondência entre o percentual das respostas que dão como solução para a insuficiência do conhecimento adquirido o aumento de horas de ensino com o número de horas de ensino oferecido pela escola. A mesma correspondência existe entre o percentual de estudantes que dão como solução a mudança de conteúdo e métodos de ensino e o percentual de horas de ensino prático. Assim, os estudantes da escola com maior número de horas de ensino e com o maior número de horas práticas consideram, em maior proporção, que os conhecimentos oferecidos são suficientes.

Como se poderia explicar essa coincidência entre a informação objetiva e a apreciação dos estudantes, sobretudo quando estes não têm experiência com outros programas da mesma natureza, o que facilitaria a formação de um juízo acerca de uma determinada forma de ensino? É provável que isso tenha a ver com o que tem sido chamado de "cultura estudantil", ou seja, com a elaboração de normas que o conjunto dos estudantes faz sobre a sua situação. Um desses aspectos é a avaliação do que recebem em comparação com suas expectativas, e sabemos que a imagem ou meta do que esperam alcançar durante seu percurso na escola é formada precocemente, antes mesmo de seu ingresso na escola.

Assim, todo estudante tem uma ideia da quantidade e qualidade de conhecimentos que precisa para se sentir competente. Esses juízos individuais são enriquecidos e retificados com o intercâmbio de experiências entre os estudantes, com as discussões que fazem em torno desse assunto e com as inúmeras consultas, diretas ou indiretas, que fazem com o pessoal docente. O juízo coletivo assim adquirido tem um grau considerável de certeza.

É muito provável, portanto, que a opinião dos estudantes não seja tão arbitrária e pouco objetiva como algumas pessoas consideram e deve ser levada em conta nas reformas dos planos de estudo, como intuitivamente fazem muitos educadores para saber o efeito do ensino que ministram.

Nas respostas dos estudantes está implícita uma valorização positiva da contribuição da medicina preventiva na formação do médico. Para saber se, efetivamente, essa inferência é correta, perguntou-se aos estudantes até que ponto os médicos necessitam utilizar em sua prática esses conhecimentos e qual seria sua reação se no exercício de sua profissão tivessem que realizar mais atividades preventivas que curativas.

Quase todos os estudantes veem na medicina preventiva uma ferramenta útil para o exercício profissional (Quadro 59), e talvez isso explique a insatisfação que manifestam quando esses conhecimentos não lhes são ofertados, como ocorre na maioria das escolas estudadas. As respostas, entretanto, não expressam a atitude dos estudantes diante da disciplina, e poderia ocorrer que, apesar de considerarem necessário aplicar medidas preventivas, não ficariam plenamente satisfeitos com isso.

Quadro 59. Porcentagem de estudantes segundo número de circunstâncias que consideram que os médicos necessitam utilizar conhecimentos de medicina preventiva e social em sua prática diária, 1967

Escola	Número de circunstâncias					
	Todas	A maioria	Algumas	Poucas	Muito poucas	Total
Universidade do Nordeste (Argentina)	26	57	15	2	0	100 (553)
Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)	26	59	14	1	0	100 (331)
Universidade de El Salvador (El Salvador)	18	62	18	1	1	100 (321)
Universidade de Novo León (México)	25	61	14	0	0	100 (741)
Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)	34	57	8	1	0	100 (217)
Universidade do Oriente (Venezuela)	26	59	13	1	1	100 (200)

A alta porcentagem de estudantes que se sentiriam satisfeitos se tivessem que dedicar, na prática médica, mais tempo às atividades preventivas que curativas é um achado que contradiz a opinião de alguns educadores que pensam que os estudantes estão fundamentalmente orientados para as atividades chamadas curativas (Quadro 60). É possível que a imagem do médico que o estudante traz ao ingressar na escola seja distinta da que se supõe que ele tinha e que agora inclua as ações preventivas entre as funções do médico. Se for assim, a reação dos estudantes diante do ensino da medicina preventiva observada em algumas

escolas pode ter mais a ver com a forma como é feito o ensino do que propriamente com as atividades preventivas em si mesmas.

Quadro 60. Porcentagem de estudantes segundo sua reação em ter que dedicar mais tempo a atividades preventivas que curativas na prática médica

Escola	Tipo de reação					
	Muito decepcionado	Algo decepcionado	Indiferente	Algo satisfeito	Muito satisfeito	Total
Universidade do Nordeste (Argentina)	2	21	25	27	25	100 (541)
Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)	2	14	25	33	26	100 (331)
Universidade de El Salvador (El Salvador)	4	19	22	31	24	100 (316)
Universidade de Novo León (México)	4	16	22	35	23	100 (726)
Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)	2	13	20	38	27	100 (213)
Universidade do Oriente (Venezuela)	2	12	26	33	27	100 (194)

CONCLUSÕES

As mudanças ocorridas no ensino dos aspectos preventivos e sociais da medicina nos últimos anos constituíram um dos acontecimentos mais importantes no campo da educação médica. Quase todos os professores e alunos das escolas latino-americanas reconhecem e aceitam, hoje em dia, a importância da medicina preventiva e social, e esta conquistou um espaço permanente no plano de estudos. Algumas escolas, entretanto, ainda precisam fazer esforços adicionais para atingir o número de disciplinas e horas por aluno alcançado pela maioria delas e,

possivelmente, ao tentar fazer isso, encontrarão menos obstáculos que as escolas que iniciaram o movimento de expansão da medicina preventiva no currículo.

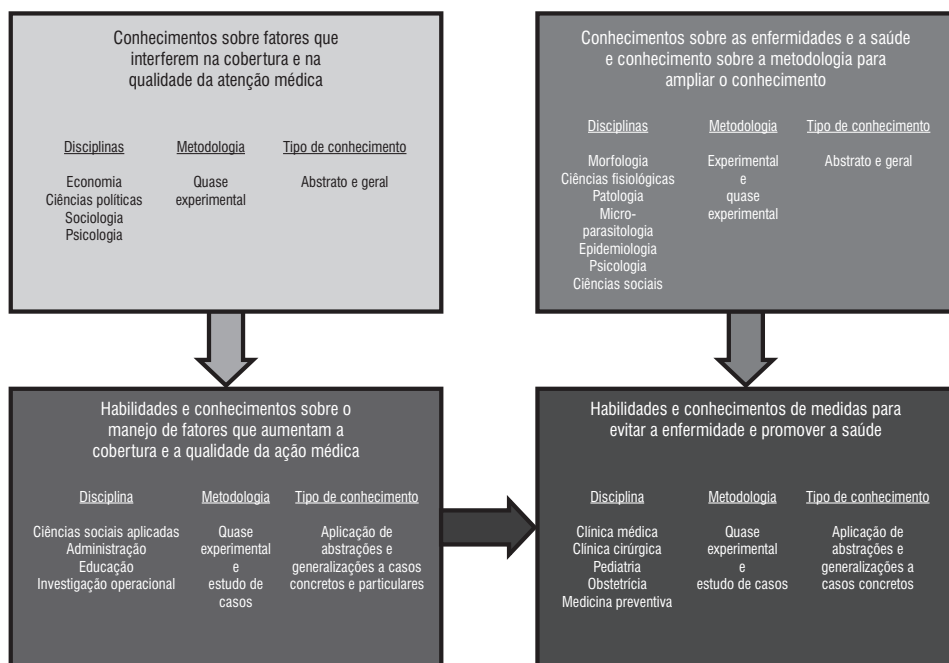
A aceitação por parte do pessoal docente e pelos estudantes, diante da conquista de um espaço permanente no plano de estudos, só representa uma etapa do desenvolvimento dessas disciplinas; agora é necessário melhorar os aspectos qualitativos do ensino, especialmente os métodos de ensino e a integração com as áreas clínicas.

Os princípios educacionais discutidos no capítulo anterior deveriam ser aplicados aos aspectos preventivos e sociais mais até do que em outra área de ensino, por conta da grande porcentagem de aulas teóricas oferecidas por essas disciplinas e do isolamento em que se encontram. Entretanto, essas mudanças não devem ser feitas separadamente, pois a melhoria do ensino só pode ser alcançada considerando-se o conjunto de todas as disciplinas que contribuem para a formação do médico.

A introdução da medicina preventiva e social no ensino não só permitiu a melhoria da formação do médico como também colocou problemas ao interior da própria teoria médica. Cabe aqui, portanto, analisar o conhecimento empregado em medicina, assim como os problemas e as modificações que têm sido produzidas e que ainda devem ser produzidas com a introdução da medicina preventiva e social, especialmente das ciências sociais.

A estreita relação que existe entre uma ciência com seus efeitos, o ensino e a aplicação justifica a análise do conhecimento médico neste capítulo.

Para deixar mais claro o papel que a medicina preventiva e social deve desempenhar na elaboração de um novo marco conceitual e na produção de conhecimentos científicos no campo médico, tratamos de classificar os conhecimentos que atualmente são necessários para a formação de um médico (Figura 21). Esse conhecimento pode ser agrupado em quatro grandes categorias: a *primeira* se refere ao conhecimento sobre o ser humano, os determinantes da saúde e da doença e a metodologia necessária para ampliar esse conhecimento. Esses conhecimentos correspondem ao que tem sido elaborado pelas ciências que têm seu domínio de aplicação na prática médica e se localizam nos primeiros anos do plano de estudos do curso com o nome de ciências básicas médicas.

Figura 21. Classificação das disciplinas que compõem o plano de estudos

Dois problemas podem ser reconhecidos nessa categoria básica de conhecimentos: a) a falta de um corpo teórico comum entre as disciplinas encarregadas do seu ensino; e b) a influência das "visões de mundo" dominantes na sociedade sobre os marcos teóricos dessas ciências.

O nome de ciências básicas médicas, que denomina as disciplinas que oferecem esses conhecimentos, conduz ao erro de se pensar na existência de um corpo teórico comum a todas elas. Pelo contrário, cada uma das disciplinas que compõem esse grupo tem elaborado um marco teórico específico, porque, apesar de terem o mesmo objeto de estudo, distinguem-se pelo nível de realidade que pretendem explicar.[45] Pouco ou nenhum esforço tem sido feito para esclarecer essa situação no âmbito do ensino, devido, em parte, ao desenvolvimento independente que cada disciplina tem tido. A consequência é que o aluno só tem em raras ocasiões a oportunidade de observar a explicação de um fato (generalização empírica) em seus distintos níveis.[46] É provável que o chamado ensino integrado tenha como objetivo conseguir que o aluno compreenda a explicação multinível, ainda que esteja sempre presente o perigo – especialmente quando se trata de fenômenos sociais – do reducionismo; quer dizer, que um fato que pertence a um determinado nível da realidade seja considerado pertencente a outro

nível, comumente inferior. Assim, por exemplo, a aprendizagem do ser humano pode considerá-lo como um fenômeno biológico quando, na realidade, pertence ao nível psicossocial.

O outro problema que os conhecimentos científicos médicos enfrentam é de caráter epistemológico e pode ser enunciado afirmando-se que "as teorias científicas elaboradas pelas disciplinas envolvidas no ensino médico não estão isentas da influência das ideologias dominantes na sociedade". Isso é particularmente válido em disciplinas como patologia e epidemiologia e se explica pelos problemas específicos da aplicação dessas ciências no processo de produção econômica. Assim, a origem dos conceitos de normal e patológico esteve intimamente relacionada com o que acontecia na esfera política e econômica. "Normal – segundo Canguilhem – é o termo com que, no século XIX, se designam o protótipo escolar e o estado de normalização".[47]

> A reforma da medicina como teoria descansa sobre a reforma da medicina como prática: se acha estreitamente ligada à [...] reforma hospitalar. Tanto esta quanto a reforma pedagógica expressam uma exigência de racionalização que aparece na política, assim como na economia, sob os efeitos da mecanização da produção industrial nascente e termina no que se denominou normalização.[48]

A intervenção da ideologia na teoria da medicina não tem sido suficientemente estudada, e sua explicitação no ensino médico tem sido praticamente nula. As ciências sociais poderiam, mediante um trabalho conceitual, ajudar a transformar os elementos ideológicos contidos na medicina em conhecimentos teóricos. Essa prática teórica, na qual podem colaborar as ciências sociais, traria para o ensino um enfoque crítico, que permitiria uma renovação do conhecimento que hoje constitui a base aparentemente sólida da prática médica.

A *segunda categoria* de conhecimentos que atualmente são ofertados na escola de medicina se refere às medidas para evitar a doença e promover a saúde, quer dizer, a prática médica. A prática médica pode ser entendida como uma atividade voltada à conservação e adaptação da força de trabalho,[49] entendendo como tal o conjunto das capacidades físicas e intelectuais que o homem possui e emprega no processo de produção. A força de trabalho, combinada com os instrumentos de trabalho, constitui o elemento indispensável da produção em qualquer forma de sociedade. A conceituação proposta liga inevitavelmente a prática médica à estrutura da sociedade em que se desenvolve, permitindo, dessa forma, integrar as ciências sociais ao conjunto atual do conhecimento médico e, em

certa medida, transformar esse conhecimento.[50] Assim, por exemplo, o conceito de força de trabalho incorporaria aos estudos epidemiológicos novas categorias de análise, especialmente nas sociedades em que a força de trabalho se converteu em mercadoria. Esse enfoque teórico também beneficiaria o estudo comparativo de sistemas de atenção médica, porque permitiria explicar as razões subjacentes à distribuição desigual dos serviços médicos a diferentes grupos da sociedade.

Essa redefinição da prática médica deve ser acompanhada da tomada de consciência de que a clínica não é uma ciência e nunca será uma ciência, mesmo que, como aponta Canguilhem, utilize meios cuja eficácia está cada vez mais garantida cientificamente. É imprescindível que o estudante compreenda, durante o processo de aprendizagem, que o objetivo da técnica de instauração ou restauração do normal escapa à jurisdição do saber objetivo, que o médico tomou partido pela vida e que a ciência lhe serve para a realização dos deveres que surgem dessa escolha.[51]

Outro aspecto dessas habilidades e conhecimentos que merece análise e posterior reformulação se refere ao uso de modelos na solução de problemas de saúde. A profissão médica desenvolveu uma série de esquemas classificatórios das doenças (nosografia) com base em certas generalizações empíricas que lhe permitem explicar fatos singulares, como, por exemplo, a doença de um determinado indivíduo, e indicar uma determinada medida terapêutica. Levando em conta que um fato singular é um ponto de encontro de um número infinito de leis científicas, pode-se concluir que os esquemas classificatórios podem conduzir a erros graves de diagnóstico e terapêutica, devido ao fato de se sustentarem em um número reduzido de generalizações empíricas e de pressupostos que não foram explicitados criticamente.[52] O uso exagerado que se faz, em algumas escolas, de certos modelos aplicativos, tais como o de agressão-defesa e o da HND, pode acentuar entre os profissionais médicos uma visão esquemática da realidade e a crença de que todo fenômeno singular de saúde pode ser explicado e resolvido mediante o emprego de um esquema classificatório.

A *terceira* e *quarta categorias* de conhecimentos que se ofertam nas escolas de medicina não têm sido tomadas devidamente em conta no plano de estudos e representam uma visão nova da medicina. Assim, por exemplo, o estudante aprende muito bem as medidas para prevenir as doenças, ao nível tanto coletivo quanto individual, mas desconhece por que essas medidas às vezes não se aplicam a determinados grupos e por que, quando são aplicadas, não surtem os efeitos esperados.

As habilidades e conhecimentos sobre os fatores que aumentam a cobertura e a qualidade da atenção médica se inserem na área da prática política sanitária e estão intimamente relacionados com a prática política geral, isto é, com a transformação de determinadas relações sociais em novas relações sociais construídas por meio de instrumentos políticos.[53]

As ciências cujo domínio de aplicação se encontra nas relações sociais são, do mesmo modo que as ciências básicas médicas, vulneráveis às "visões de mundo" dominantes na sociedade. Por conseguinte, o estudante de medicina não só deve adquirir o conhecimento acumulado nestas ciências e as habilidades para aplicá-las no campo médico, mas também deve realizar um trabalho teórico que permita transformar o produto ideológico em conhecimento teórico.

O papel a ser desempenhado pela medicina preventiva, em especial as ciências sociais, na transformação da teoria da medicina é, como visto, de grande importância. Entretanto, mesmo os professores de medicina preventiva e social parecem não estar conscientes dessas possibilidades. Eles têm se limitado à produção de conhecimentos sobre o comportamento das doenças na coletividade e, no âmbito do ensino, à integração das medidas preventivas às curativas, esquecendo ou dando pouca importância à prática teórica.

Gaete e Tapia colocaram claramente esse problema ao considerar o papel das ciências sociais na elaboração de novos modelos:

> A nosso ver, o que procede nesses momentos é discutir a orientação teórica que deve fundamentar o trabalho dos cientistas sociais nesse campo. Tal discussão não tem sido realizada, e estão sendo utilizados alguns marcos teóricos e técnicas de investigação cujas possibilidades nos parecem limitadas e limitantes. Desse modo, as ciências sociais em medicina têm, neste momento, duas alternativas: ou permitem reformular o conceito de medicina e ampliar a compreensão dos problemas de saúde, oferecendo uma perspectiva de grande significado em uma sociedade subdesenvolvida como a nossa, ou se limitam a entregar somente alguns elementos de análise e compreensão que possibilitem à equipe de saúde um desempenho mais integral, porém ineludivelmente restrito ao âmbito estritamente profissional como tem ocorrido até agora.[54]

NOTAS

1 *Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Escuelas de Medicina de la América Latina.* Primer Informe del Comitê de Expertos de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. A. Educación Médica, n. 6 OPS/OMS, Washington, D.C., 1969.

2 Preventive Medicine in Medical Schools. Report of Colorado Springs Conference. November, 1952. *The Journal of Medical Education*, [*s. l.*], v. 28, n. 10, 1953. Part 2.

3 LEAVELL, H. R.; CLARK, E. *Gurney*: Preventive Medicine for the Doctor in His Community. New York: McGraw-Hill Book Co., 1965.

4 A definição de medicina social aqui transcrita procede de um projeto de definições aprovadas pelo Primeiro Congresso Interamericano de Higiene, realizado em Havana, Cuba, em setembro de 1952 (*Organización y Integración de los Servicios de Salubridad*. Relato oficial por Gustavo Molina y comentários por J. B. Grant. Primer Congresso Interamericano de Higiene, La Habana, Cuba, 1952). Essa mesma definição é reproduzida no livro *Princípios de Administración Sanitária*, de Gustavo Molina G. e Guillermo Adriasola E. (Santiago de Chile: Escuela de Salubridad – Universidad de Chile, 1955).

5 Shepard e Roney encontraram, em seu estudo sobre o ensino da medicina preventiva nos Estados Unidos, que 32% dos departamentos que ensinam essa disciplina são denominados de "Preventive Medicine". Outros nomes que se repetem mais de uma vez são: Preventive Medicine and Public Health, Public Health, Public Health and Preventive Medicine, Preventive Medicine and Community Health e Community Health. Somente uma escola designa seu departamento como "Social and Preventive Medicine". (The teaching of Preventive Medicine in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, New York, v. 42, n. 4, p. 1474-1481, 1964. Part 2)

6 Hubbard descreve algumas das razões pelas quais a designação de "medicina social" não tem sido aceita nas escolas de medicina dos Estados Unidos, como segue: "Se o significado da medicina preventiva é confuso, quanto mais o significado da medicina social. Em nosso ataque contra as doenças venéreas, a medicina social passou a significar sífilis e gonorreia. Mais recentemente, na guerra total entre a medicina organizada e o governo Truman sobre a questão de um sistema nacional de seguro de saúde obrigatório, a medicina socializada foi apresentada ao público americano como algo completamente maligno. O cidadão comum – e muitos médicos também – não sabe realmente o que quer dizer medicina socializada, mas tem certeza de que é ruim. E a medicina social não soa muito diferente". (Integration of the teaching of preventive medicine and social medicine in the medical curriculum, *Proceedings of the First World Conference of Medical Education*. London, p. 232-234, 1954)

7 COTTRELL, J. D. *La enseñanza de la sanidad en Europa*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1970.

8 Na publicação *Seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva*, da Opas, são mencionadas algumas das reuniões que precederam as de Viña del Mar, Chile e Tehuacán, México: "A importância da medicina preventiva na educação médica básica tem recebido uma atenção crescente nos últimos anos em todo o mundo. Marcos importantes dessa preparação são os informes das reuniões realizadas pelo Comitê de Experts da Organização Mundial de Saúde sobre Educação Profissional e Técnica do Pessoal Médico e Auxiliar, em 1950 e 1952; as Conferências sobre o Ensino da Medicina Preventiva, em novembro de 1952, em Colorado Springs (Estados Unidos), para Canadá, Estados Unidos e Jamaica; em dezembro do mesmo ano foi realizada, em Nancy, França, para os países europeus; meses mais tarde, em agosto de 1953, a Primeira Conferência Mundial de Educação Médica, celebrada em Londres, dedicou uma de suas quatro sessões a esse tema. O Primeiro Congresso Paname-

ricano de Educação Médica aprovou, em Lima, em 1950, como sua primeira conclusão: 'Encaminhar a educação médica em direção à medicina preventiva e social'".

9 *Seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva*, Organización Panamericana de la Salud. Publicaciones científicas, n. 28, Washington, D.C., 1957.

10 *Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Escuelas de Medicina de la América Latina.* Primer Informe del Comitê de Expertos de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. A. Educación Médica, n. 6 OPS/OMS, Washington, D. C., 1969.

11 *Seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva*, Organización Panamericana de la Salud. Publicaciones científicas, n. 28, Washington, D.C., 1957.

12 *Seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva*, Organización Panamericana de la Salud. Publicaciones científicas, n. 28, Washington, D.C., 1957.

13 *Seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva*, Organización Panamericana de la Salud. Publicaciones científicas, n. 28, Washington, D.C., 1957.

14 GORSKI, D. P.; TAVANS, P. V. *Lógica*. México, DF: Editorial Grijalbo, 1968.

15 ZETTERBERG, H. *Teoría y Verificación en Sociología*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1968. (Cuardernos de Investigación Social).

16 LEAVELL, H. R.; CLARK, E. Gurney: *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*. New York: McGraw-Hill Book Co., 1965.

17 LEAVELL, H. R.; CLARK, E. Gurney: *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*. New York: McGraw-Hill Book Co., 1965.

18 LANGMUIR, A. D. Significance of epidemiology in medical schools. *The Journal of Medical Education*, [*s. l.*], v. 39, n. 9, p. 39-48, 1964. Part 2.

19 ZHDANOV, V. *Epidemiología*. Moscú: Editorial de Publicaciones en Lenguas Extranjeras, [1994].

20 MORRIS, J. N. *Uses of Epidemiology*. Baltimore: The Williams and Wilkins C., 1964.

21 COTTRELL, J. D. *La enseñanza de la sanidad en Europa*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1970.

22 BUNGE, M. *La ciencia, su Método y su Filosofía*. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veinte, 1968.

23 LANGMUIR, A. D. Significance of epidemiology in medical schools. *The Journal of Medical Education*, [*s. l.*], v. 39, n. 9, p. 39-48, 1964. Part 2.

24 *Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Escuelas de Medicina de la América Latina*. Primer Informe del Comitê de Expertos de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. A. Educación Médica, n. 6 OPS/OMS, Washington, D. C., 1969.

25 *Seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva*, Organización Panamericana de la Salud. Publicaciones científicas, n. 28, Washington, D.C., 1957.

26 FERTIG, J. W. A estadística en el programa de estudios de medicina. *In*: SEMINARIOS SOBRE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA PREVENTIVA, 1957, Washington, D.C. *Anales* [...]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Publicaciones científicas, 1957. n. 28.

27 GRUNDY, F.; MACKINTOSH, J. M. La enseñanza de la Higiene y de la Sanidad en Europa. *Organización Mundial de la Salud*, Ginebra, n. 34, 1957. (Série de Monografias).

28 COTTRELL, J. D. *La enseñanza de la sanidad en Europa*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1970.

29 García está se referindo aqui ao declínio da prática médica liberal concomitante à expansão dos sistemas de saúde vinculados à seguridade social, que contemplou a expansão de serviços públicos e também privados de assistência médica (N. T.).

30 GAETE, A. J.; TAPIA, I. P. Ciencias sociales: una discusión acerca de su enfoque en medicina. *Cuadernos Médicos-Sociales*, Santiago de Chile, v. 11, n. 2, 1970.

31 PIAGET, J. The place of the sciences of man in the system of sciences. *In*: UNESCO. *Main Trends of Research in the Social and Human Sciences*. Mounton: UNESCO; Paris: The Hague, 1970.

32 ROSEN, G. Approaches to a concept of social medicine. A historical survey. *In*: BACKGROUND of Social Medicine. New York: Milbank Memorial Fund, 1949.

33 DUNHAM, F. L. *An approach to Social Medicine*. Baltimore: Williams and Wilkins C., 1925.

34 MERTON, R. K.; READER, G. G.; KENDALL, P. L. (ed.). *The Student-Physician*. Cambridge: Harvard University Press., 1957.

35 *Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Escuelas de Medicina de la América Latina.* Primer Informe del Comitê de Expertos de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. A. Educación Médica, n. 6 OPS/OMS, Washington, D.C., 1969.

36 *Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Escuelas de Medicina de la América Latina.* Primer Informe del Comitê de Expertos de la OPS/OMS en la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. A. Educación Médica, n. 6 OPS/OMS, Washington, D.C., 1969.

37 WIDENING Horizons in Medical Education. A Study of the Teaching of Social and Environmental Factors in Medicine. *The Commonwealth Fund*, New York, 1948.

38 SANAZARO, P. J.; BATES, B. A joint study of teaching programs in comprehensive medicine. *Journal of Medical Education*, [*s. l.*], v. 45, n. 7, p. 777-789, 1968.

39 WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. E.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. *New England Journal of Medicine*, Barcelona, v. 265, p. 885-892, 1961. White, Kerr: *Patterns of Medical Practice in Preventive Medicine* (Duncan W Clark e Braian Macmahon, editores), Little Brown and Company, Boston, 1967. Kerr White expressa, neste último artigo que "apenas amostras pequenas e não representativas de doenças podem chegar a um hospital universitário, e a distribuição das doenças e sua relação com os diferentes recursos de assistência médica na comunidade precisam ser lembradas".

40 DEUSCHLE, K. W.; EBERSON, F. Community medicine comes of age. *Journal of Medical Education*, [*s. l.*], v. 43, n. 7, p. 1229-1237, 1968.

41 SANAZARO, P. J.; BATES, B. A joint study of teaching programs in comprehensive medicine. *Journal of Medical Education*, [*s. l.*], v. 45, n. 7, p. 777-789, 1968.

42 *Seminarios sobre la Enseñanza de la Medicina Preventiva*, Organización Panamericana de la Salud. Publicaciones científicas, n. 28, Washington, D.C., 1957.

43 RENJIFO SALCEDO, S. Enseñanza de medicina preventiva y salud publica en la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, Cali, Colombia. *Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, D.C., v. 47, n. 5, p. 401-411, 1959.

44 Para uma descrição detalhada deste programa, ver o artigo de Gustavo Molina e Claudio Jimeno: "Enseñanza de conceptos de ciencias sociales en medicina preventiva integrada en clínicas". *In*: BADGLEY, R. F. (ed.). *Ciencias de la Conduta e Enseñanza Médica en America Latina*. New York: Fundación Milbank Memorial, 1966.

45 Bunge diz a respeito disso que "é uma hipótese ontológica contida e apoiada na ciência moderna a de que a realidade, tal como a conhecemos hoje, não é um bloco homogêneo sólido, e sim divide-se em vários níveis e setores, sendo cada um deles caracterizado por um conjunto de propriedades e leis próprias. Os principais níveis reconhecidos até o momento parecem ser o físico, o biológico, o psicológico e o sociocultural". (*La Investigación Científica*. Barcelona: Ediciones Ariel, 1969)

46 Bunge dá o seguinte exemplo de explicação multinível quando trata de explicar por que a sede aumenta quando se bebe água do mar. "Quando se bebe água marinha uma parte dela passa para o sangue; a grande concentração de sal produz como reação uma difusão de água dos tecidos próximos ao sangue (osmose) (nível físico). Consequentemente, o sangue se faz mais aquoso enquanto o protoplasma somático se resseca (nível físico). Isso excita o hipotálamo (nível biológico) e a contrapartida dessa situação no sistema nervoso é a sensação de sede (nível psíquico)". "Observa-se – continua o autor – que a sequência de acontecimentos nos vários níveis parte dos níveis mais baixos, porém não se pode reduzir a sensação de sede à osmose tampouco à consequência desta, ou seja, o ressecamento do protoplasma: longe de ser uma explicação reducionista, a explicação apresentada apela a certas particularidades dos vários níveis. É uma explicação multinível". (*La Investigación Científica*. Barcelona: Ediciones Ariel, 1969)

47 CANGUILHEM, G. *Lo Normal e lo Patológico*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno: Argentina, Editores, S. A., 1971.

48 CANGUILHEM, G. *Lo Normal e lo Patológico*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno: Argentina, Editores, S. A., 1971.

49 PÉCHEUX, M. Ideologia e história de las ciencias. *In*: FICHANT, M.; PÉCHEUX, M. *Sobre la Historia de las Ciências.* Buenos Aires: Siglo Veintiuno: Argentina, Editores, S. A., 1971.

50 O Grupo de Experts no Ensino das Ciências Sociais da Opas/OMS, reunido em maio de 1972, em Cuenca, no Equador, adotou o conceito de força de trabalho como critério classificatório das unidades que deveriam formar parte de um texto de ciências sociais aplicadas a problemas médicos. A presente análise foi enriquecida com as discussões que ocorreram nessa reunião.

51 Canguilhem afirma que: "Não existe uma patologia objetiva. Podem-se descrever objetivamente estruturas ou comportamentos, porém não se pode dizer deles que são 'patológicos' tomando por base um critério puramente objetivo. Objetivamente só se pode definir variedades ou diferenças sem valor vital positivo ou negativo'". (*Lo Normal e lo Patológico.* Buenos Aires: Siglo Veintiuno: Argentina, Editores, S. A.)

52 Em artigo anterior discutimos os perigos do uso de certos modelos de ensino: "As vantagens evidentes dos paradigmas não devem fazer com que percamos de vista os perigos potenciais de seu uso. Assim, o paradigma, que é uma representação esquemática e hipotética da totalidade, é constituído por elementos ou traços alheios ao fenômeno que se deseja representar ou simbolizar. Esses erros, que podem ser cometidos ao se usar modelos, podem impedir a aquisição de novos conhecimentos ou facilitar a produção de um conhecimento errado". (GARCÍA, J. C. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales. *Educación Médica y Salud*, Washington, D.C., v. 5, n. 2, 1971) Os perigos assinalados no trabalho citado podem estar sendo acentuados, hoje em dia, perante a adoção indiscriminada de certos modelos no ensino, tais como o de HND. Além disso, deve-se considerar a existência de uma certa confusão entre o pessoal docente, com respeito às diferenças entre modelos teóricos científicos, modelos de aplicação e modelos de ensino. A HND é um modelo típico para a aplicação de conhecimentos, que pode ser empregado como modelo educacional, porém não pode, de forma alguma, ser considerado como um modelo científico. Nesse sentido, deveria se realizar um trabalho teórico crítico sobre os pressupostos e implicações do paradigma da HND, que se encontra enraizado na concepção classificatória das enfermidades.

53 As definições de prática política e de prática teórica foram extraídas do artigo de Thomas Herbert: "Reflexiones sobre la situación teórica de las ciencias sociales, especialmente de la psicologia social". *In*: MILLER, J.-A.; HERBERT, T. *Ciencias sociales*: ideologia y conocimiento. Buenos Aires: Ediciones Siglo Veintiuno, 1971.

54 GAETE, A. J.; TAPIA, I. P. Ciencias sociales: una discusión acerca de su enfoque en medicina. *Cuadernos Médico-Sociales*, Santiago de Chile, v. 11, n. 2, 1970.

CAPÍTULO 4

O OBJETO DO ENSINO
o estudante de medicina

A população estudantil das escolas de medicina apresenta uma série de características quantitativas e qualitativas cuja explicação se encontra na estrutura econômica e social dos distintos países. O pessoal docente de algumas escolas pretende mudar esses traços sem considerar que os fatores que os produzem estão fora de controle imediato. Assim, por exemplo, o objetivo de formar médicos gerais, estabelecido explicitamente por muitas escolas, é utópico, ao levar-se em conta que na maioria dos países a estrutura econômica e o sistema de atenção médica conduzem à formação de especialistas.

Esta concepção de que é possível mudar as atitudes e comportamentos do estudante em um sentido desejado e definido pelo pessoal docente é o resultado de uma estrutura educacional que coloca o estudante como um objeto, e não como sujeito do processo de ensino. Essa mesma concepção classifica os estudantes de acordo com o momento em que se encontram no processo de formação em admitidos ("in-put"), matriculados ("through-put") e graduados ("out-put"). Essa classificação é adotada na presente análise porque corresponde à forma como se tratam os alunos no sistema educacional prevalente na América Latina.

CANDIDATOS E ADMITIDOS NO CURSO MÉDICO

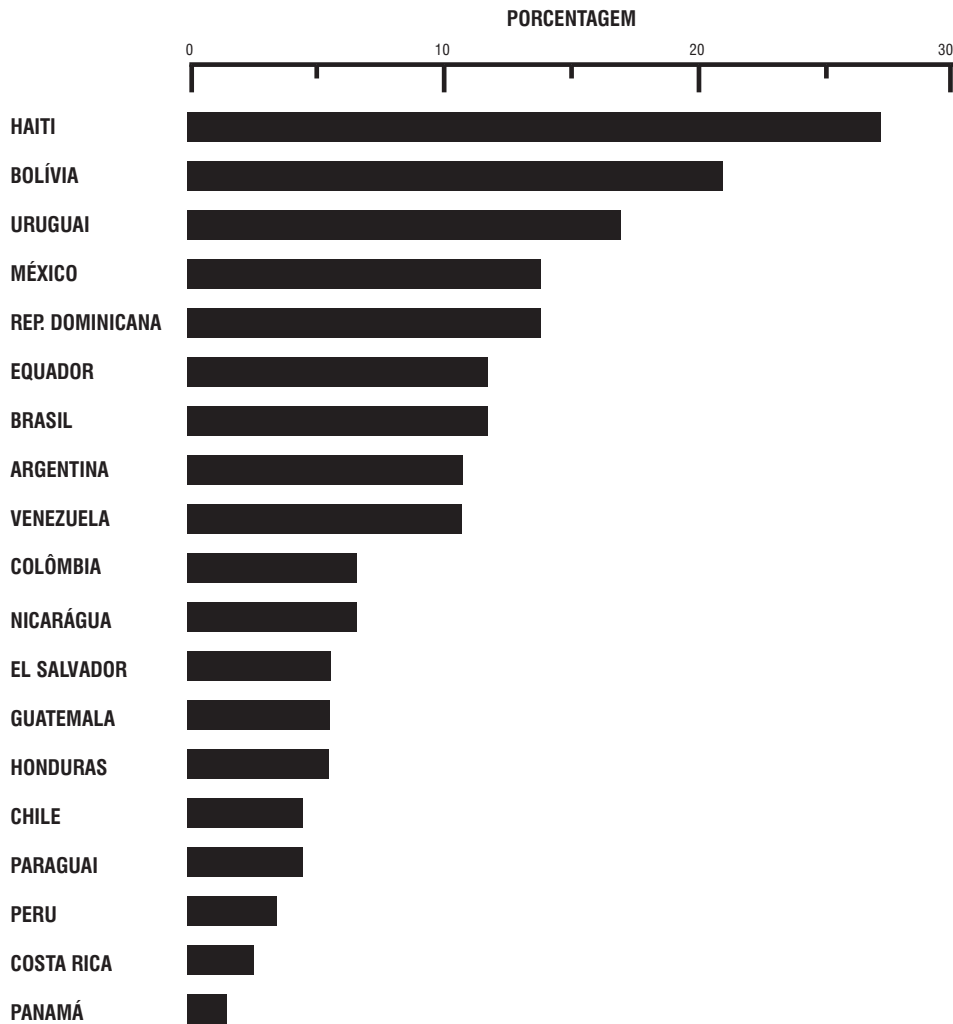
O curso médico exerce uma atração maior que os demais cursos nos estudantes que ingressam na universidade. Os motivos apontados para essa atração têm sido o alto prestígio social da profissão e a falta de diversificação no nível de educação superior.

As investigações sobre prestígio ocupacional realizadas em vários países demonstram que a profissão médica ocupa, nestas escalas, a posição mais elevada.[1] As razões pelas quais a medicina tem um prestígio social elevado não são bem conhecidas, sendo provável que se deva ao fato de que o objeto central de sua atividade é o ser humano, o que explicaria a similaridade dos resultados em países com desenvolvimento econômico e sistema político diferentes. Não resta dúvida de que o prestígio de uma ocupação é um elemento fundamental para a escolha de um curso e que as de maior prestígio atraem, em consequência, um maior número de candidatos, como se pode comprovar em sociedades nas quais as barreiras sociais e econômicas foram eliminadas ou diminuídas.[2]

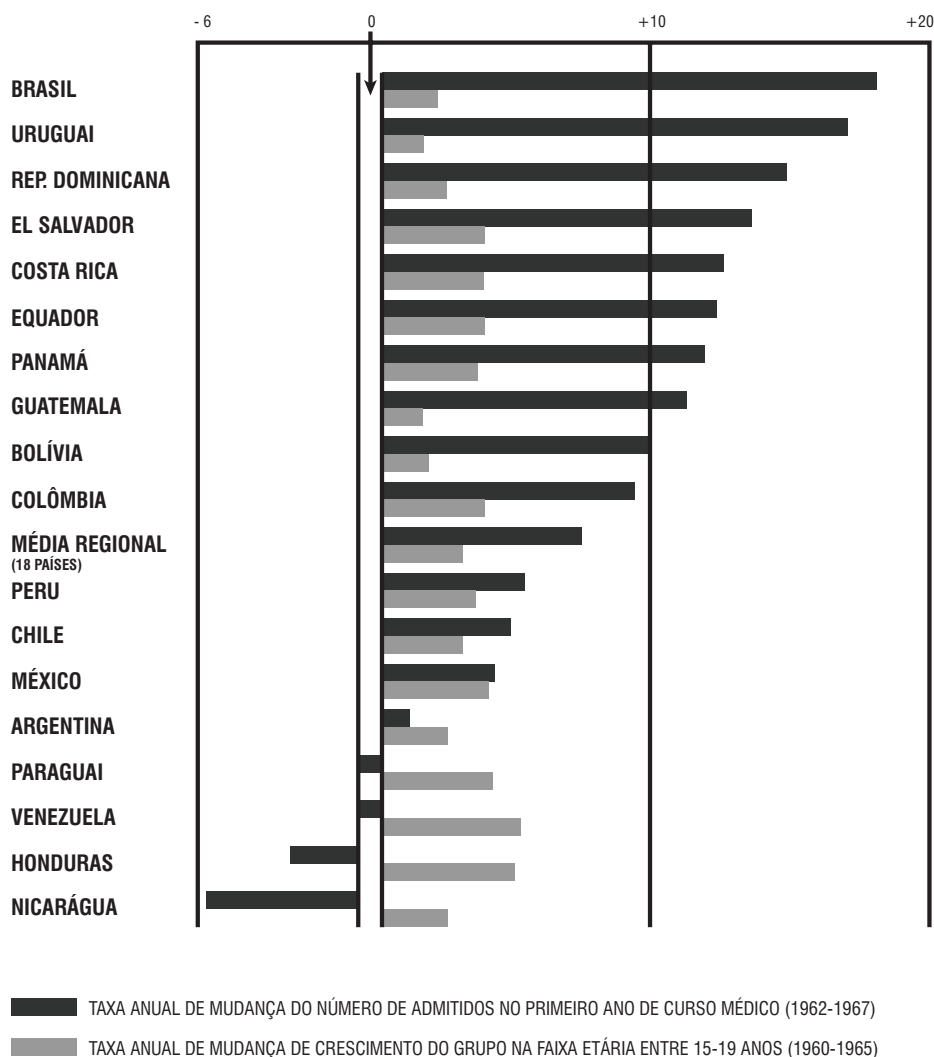
A falta de diversificação no nível universitário de muitos países latino-americanos provocou uma concentração nos cursos tradicionais e assim, por exemplo, em 8 de 20 países, o curso com maior número de estudantes é o de direito; os estudantes de medicina representam 11% do total dos estudantes universitários.

O número de estudantes de medicina em relação ao total de estudantes universitários varia consideravelmente nos países estudados. Na Figura 22, pode-se notar que na Bolívia e no Haiti mais de 20% dos estudantes universitários estão inscritos em medicina. As diferenças percebidas entre os diversos países são resultantes de vários fatores, tais como a maior ou menor diversificação dos cursos universitários, a discrepância entre os sistemas de admissão vigentes em cada país e a ausência de uma política de distribuição racional dos estudantes, especialmente quando não existe uma orientação vocacional precoce.

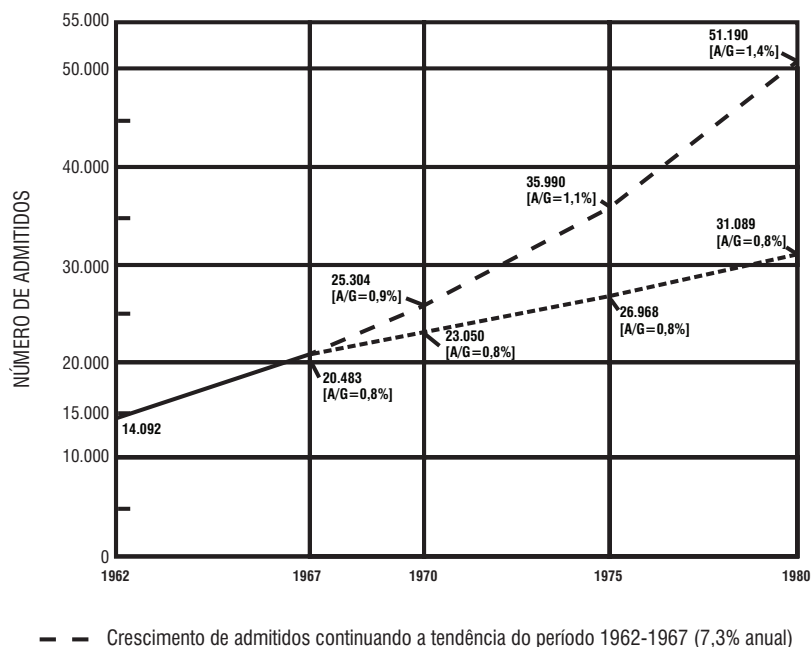
Assim, em alguns países, as escolas de medicina têm exame de admissão obrigatório e uma matrícula limitada, enquanto outras carreiras não empregam tal sistema. Nos países onde não há essas limitações, como no caso do Uruguai, a inscrição no curso médico é mais ou menos circunstancial ou se deve ao fato de que este mantém um alto prestígio social. Na decisão de estudar medicina influem fatores muito alheios às necessidades reais da sociedade, podendo-se observar um evidente conflito entre interesses individuais e coletivos ou uma falta de consciência acerca da função social dos cursos universitários. Os números apontam, portanto, a necessidade de se realizar um planejamento integral da educação universitária.

Figura 22. Porcentagem de estudantes de medicina em relação ao total de matriculados em universidades e estudos superiores, 1967

Aumento de estudantes admitidos no primeiro ano

Como pode ser observado na Figura 23, o número de estudantes admitidos no primeiro ano do curso médico teve um aumento anual de 7,3% durante o período 1962-1967, ou seja, foi um pouco mais do dobro do aumento do grupo populacional na faixa etária de 15 a 19 anos (3% no período 1960-1965).

Figura 23. Mudança no número de admitidos no primeiro ano do curso médico (1962-1967) comparado com o crescimento do grupo na faixa etária de 15-19 anos, por países

Esse aumento não foi homogêneo em todos os países latino-americanos: em quatro dos países analisados não se alcançou a média da região; em dois países não houve mudanças, e em outros dois o número de admitidos diminuiu. O Brasil alcançou a cifra mais alta de aumento com um percentual anual de 18%. Em 13 dos 18 países analisados, o aumento anual do número de ingressantes nas escolas de medicina é superior à faixa etária de 15 a 19 anos; por outro lado, em 5 países restantes (Argentina, Honduras, Nicarágua, Paraguai e Venezuela), o aumento anual dessa faixa etária foi superior ao dos alunos admitidos no primeiro ano do curso de medicina. Em alguns países isso foi devido a uma política de restrição ao ingresso, enquanto em outros, como a Argentina, a essa limitação somou-se uma demanda menor pelos estudos médicos.

No Brasil, o incremento dos matriculados no primeiro ano foi acompanhado pela criação de muitas escolas de medicina, e ainda assim a média de alunos inscritos por escola aumentou. Em outros países, por outro lado, o incremento no número de ingressantes nas escolas de medicina não foi acompanhado da criação de mais estabelecimentos nem de investimentos proporcionais na ampliação dos recursos humanos e materiais das escolas já existentes, situação que pode trazer como resultado uma possível deterioração do ensino nos primeiros anos, com subsequentes repercussões na qualidade da docência dos anos clínicos. A situação descrita não parece ser de caráter transitório, pois tudo indica que o incremento observado continuará ocorrendo. Se o aumento de 7,3% no número de estudantes admitidos no primeiro ano de medicina se mantiver, em 1975 esse número chegará a aproximadamente 36 mil, o que significa um aumento de quase 80% (Figura 24). Idealmente, tal expansão deveria ser acompanhada de um incremento proporcional do corpo docente, meta difícil de alcançar em poucos anos. Fazendo uma projeção com a mesma relação que existia em 1967 entre o número de admitidos e a faixa etária de 15 a 19 anos, a magnitude do problema, mesmo que menor, não deixaria de ser significativa, sobretudo ao se considerar que, na atualidade, existe uma consciência de que o sistema de ensino não é o ideal quanto à qualidade e quantidade de recursos humanos financeiros e materiais.

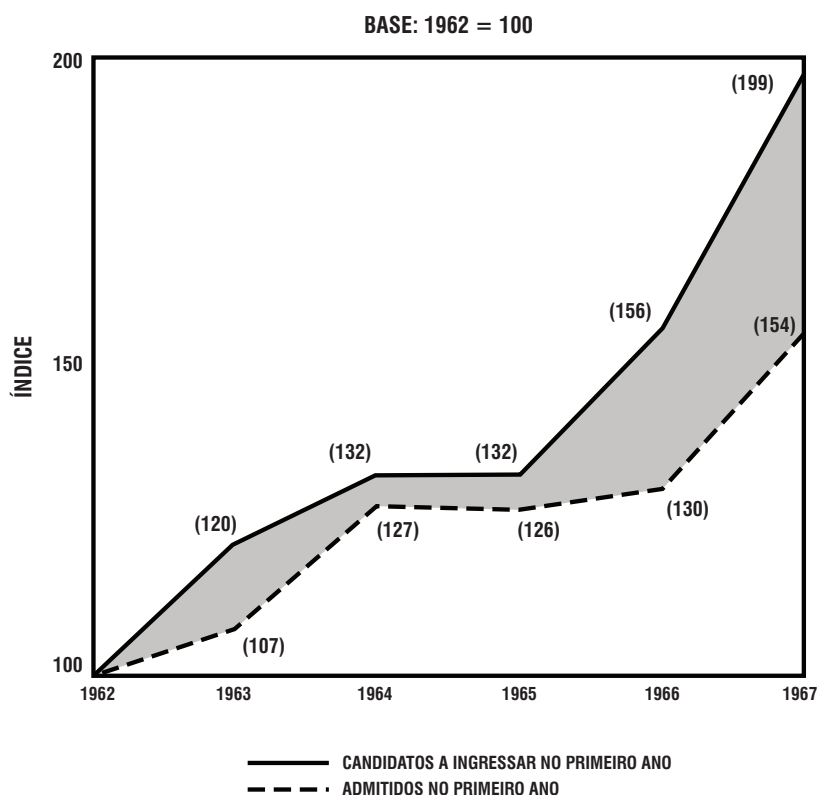
Figura 24. Estimativa de crescimento do número de admitidos pela primeira vez no curso médico, segundo alternativas, em 18 países da América Latina

Candidatos a ingressar no curso de medicina

Uma das áreas em que, lamentavelmente, a informação é mais escassa e pouco confiável é a correspondente ao número de candidatos ao curso médico. Dado que a maioria das escolas de medicina tem algum sistema ou forma de seleção, existem diferenças entre o número de candidatos e o de admitidos no curso.

A análise apresentada a seguir se baseia em dados obtidos de 11 países, podendo ser generalizada para o resto da América Latina. Os outros países são, em sua maioria, aqueles que introduziram os chamados estudos gerais[3] na educação superior, os quais oferecem a opção de seguir vários cursos e, portanto, impedem que se conheça o total de alunos que originalmente aspiraram a profissão médica.

Nos países analisados, o aumento anual do número de candidatos tem sido muito maior do que o de admitidos (Figura 25). Consideramos que o número de candidatos representa a demanda social por esse curso, a qual, de certo modo, não está sendo satisfeita, ao se constatar que, dos 57.390 candidatos que se apresentaram, somente 14.963 foram aceitos, ou seja, que 42.427 jovens desejo-

sos de ingressar em cursos de medicina foram rejeitados. Como em alguns países o mesmo candidato solicita simultaneamente ingresso em mais de uma escola, é possível que o número total de candidatos esteja superestimado, mas, mesmo levando-se isso em consideração, as cifras continuam sendo altas.

Figura 25. Comparação entre o crescimento do número de candidatos a ingressar no primeiro ano de curso médico e dos admitidos, em dez países latino-americanos

Alguns educadores médicos acreditam que esse fato seja vantajoso, pois estimam que assim haveria mais possibilidades de escolher melhores estudantes para o curso. Sem dúvida, isso é discutível, uma vez que os exames de admissão nem sempre são apropriados, e uma quantidade tão grande de candidatos recusados deve seguramente incluir grande número de jovens que teriam sido capazes de seguir o curso com êxito.

Quadro 61. Número de postulantes e de admitidos no primeiro ano do curso médico em 11 países latino-americanos, 1962-1967

País	Candidatos						Porcentagem anual de crescimento	Admitidos						Porcentagem anual de crescimento
	1962	1963	1964	1965	1966	1967		1962	1963	1964	1965	1966	1967	
Argentina	6.030	6.401	7.210	8.037	8.697	7.639	4,6	4.557	4.912	5.569	5.280	4.836	4.829	0,1
Bolívia	705	704	726	785	815	865	4,0	292	262	205	412	468	491	9,9
Brasil	15.652	20.643	21.646	20.245	23.080	31.260	13,3	2.051	2.354	3.375	3.323	3.958	5.419	18,0
Colômbia	1.882	2.153	2.526	2.617	4.204	5.382	19,2	534	582	629	661	669	857	9,2
Chile	2.164	1.948	2.315	2.419	3.144	6.128	19,1	335	376	375	340	392	428	4,7
Equador	491	245*	256*	437	549	644	5,2	228	97*	119*	338	401	425	11,9
Jamaica	178	215	276	283	294	320	11,2	53	54	77	85	86	92	9,7
Paraguai	85	127	154	139	120	115	6,0	40	40	40	40	40	40	0,0
República Dominicana	245	28	148	167	165	539	14,7	245	28	148	167	165	539	14,7
Uruguai	342	415	422	492	638	855	17,0	342	415	422	492	638	855	17,0
Venezuela	1.175	1.656	2.202	2.477	3.317	3.642	20,4	986	1.071	1.145	1.079	1.036	988	0,0
Total	28.949	34.535	37.881	38.098	45.059	57.389	13,1	9.663	10.191	12.104	12.217	12.689	14.963	8,6

* Não se incluem os dados de uma escola.

O percentual de crescimento anual do número de candidatos não foi maior que o aumento percentual de admitidos em todos os países estudados (Quadro 61). Assim, na Bolívia, Brasil e Equador, o crescimento anual do número de candidatos é inferior ao crescimento do número de admitidos. Na República Dominicana e no Uruguai as taxas de crescimento de ambos são iguais porque não existe política limitante.

Em geral, parece que a tendência é ao predomínio do aumento de candidatos sobre o incremento de admitidos no curso médico. Nos países onde a situação foi inversa, isso parece ser um fenômeno de caráter transitório que, mais do que um aumento circunstancial e inusitado nas admissões, obedece a uma estabilização ou diminuição no número de candidatos.

A decisão de estudar medicina

A orientação vocacional é uma possibilidade que deve ser considerada no manejo da demanda social por formação universitária, de modo que possa ser direcionada para os setores e áreas-problema e de conhecimento que são mais pertinentes e necessários.

Para poder guiar o estudante de forma adequada, é imprescindível conhecer o processo pelo qual ele passa para decidir estudar um determinado curso. Vários modelos têm sido propostos para descrever esses passos, e o mais frequentemente usado é o de Ginzberg.[4]

Segundo esse enfoque, a escolha ocupacional final pode ser compreendida pelas distintas fases de desenvolvimento pelas quais o indivíduo passou e resulta de uma série de decisões tomadas durante anos, as quais conduzem a que, em dado momento, o indivíduo se comprometa definitivamente com uma determinada ocupação. Cada uma das etapas constitutivas estaria vinculada geneticamente com as precedentes e com as posteriores. Desse modo, segundo Ginzberg, o processo seria irreversível, dado que as decisões finais estão fortemente limitadas por decisões prévias. Assim, a pessoa que desde muito jovem tem a intenção de estudar medicina terá maior empenho nos aspectos biológicos durante seus estudos secundários, o que limitará suas alternativas ocupacionais quando tiver que tomar uma decisão definitiva. Outros autores sugerem que, à medida que esse processo progride, se produz uma homogeneidade de atitudes e condutas que se definem por uma determinada ocupação.

Essa abordagem foi criticada por alguns autores, como Becker,[5] que apontam que, frequentemente, muitas pessoas que ingressam em uma ocupação não passaram por um processo de decisão consciente. Consideram que os grupos

ocupacionais são heterogêneos, visto que alguns dos indivíduos que os compõem passaram por etapas de decisão consciente, enquanto outros se viram forçados a fazer parte deles pouco a pouco e inconscientemente, sem ter tomado decisões prévias ou previsto consequências posteriores. Por exemplo, algumas pessoas, durante seus estudos secundários, por necessidade ou oportunidade de trabalho, dedicam-se a certas ocupações e, no momento de se decidir por um curso universitário, inclinam-se por aquele com o qual já estão familiarizados.

Segundo Hall,[6] o curso médico, diferente dos demais, parece exigir uma forte "ambição", para que se possa usufruir das recompensas da vida profissional, e as características dos candidatos seriam mais homogêneas que em outros cursos, já que a medicina requereria um processo mais longo de decisão consciente. Estudos comparativos[7] demonstram que os estudantes de medicina se decidiram pelo curso muito antes dos estudantes de outras profissões e que entre eles é maior o número que considerou a medicina como a única profissão que poderia satisfazê-los.

O interesse pelos estudos de medicina parece depender da influência exercida pelos grupos sociais mais próximos aos indivíduos durante sua infância e adolescência. Parece que tanto a família como os amigos têm um papel importante na decisão pelos estudos de medicina. Essa influência dos grupos primários explicaria, segundo Hall, por que, em geral, os médicos provêm de famílias de médicos.[8] São os membros de uma profissão os que melhor conhecem os passos que levam a uma decisão correta. Ademais, o alto prestígio da profissão médica facilita a percepção de suas características e a identificação com ela por parte das crianças ou jovens quando um membro da profissão pertence ao grupo familiar ou de amigos.

É possível que entre as famílias que não contam com profissionais o interesse pelos estudos médicos seja maior que entre as famílias de profissionais, mas as primeiras fracassam em manter e instrumentalizar esse interesse.

Com a finalidade de comprovar parte das hipóteses mencionadas e replicar alguns estudos, foram entrevistados todos os estudantes de seis escolas de medicina da América Latina. O estudo pretendia, especificamente, conhecer: a) etapas da decisão de estudar medicina; b) o grau de influência dos parentes médicos na decisão de estudar medicina; c) os padrões de seleção do curso médico; e d) a razão mais importante na seleção da medicina como profissão.

Etapas da decisão de estudar medicina

Perguntou-se aos entrevistados em que idade haviam, pela primeira vez, pensado em seguir os estudos de medicina; em que idade haviam se decidido definitivamente; e em que idade haviam ingressado definitivamente na escola de medicina.

Como se pode observar no Quadro 62, os resultados obtidos revelam uma marcada semelhança entre os alunos das diferentes escolas e coincidem com os obtidos por Rogoff[9] entre os estudantes de medicina da Universidade da Pensilvânia e por Williams[10] entre os alunos da Escola de Medicina da Universidade de Illinois.

A maioria dos estudantes entrevistados pensou em estudar medicina pela primeira vez entre os 10 e 16 anos de idade. Esse intervalo coincide com o que Ginzberg denomina escolha tentativa,[11] porque o adolescente considera a ocupação escolhida como uma intenção e, por consequência, não se decide definitivamente. Nesse período, ao contrário do que o precede, designado como uma escolha fantástica, entra em consideração sobre o futuro ocupacional do jovem estudante uma nuance de racionalidade e realismo. A seleção tentativa de uma ocupação é o primeiro passo rumo à realização de uma futura imagem factível que oferece ao indivíduo um guia para a ação. Assim, a maioria dos adolescentes se dedica à realização de uma só das numerosas alternativas ocupacionais. Essa escolha tentativa ocorre ao finalizar os estudos primários e começar o nível secundário, quando os jovens se veem submetidos a pressões e definições de diversas ordens. As grandes diferenças que se observam na idade em que os estudantes pensaram pela primeira vez em seguir medicina refletem a característica provisória dessa primeira escolha. Pode-se dizer que muitos dos que pensaram tardiamente estudar medicina haviam considerado antes outras ocupações.

A maioria dos estudantes decide estudar medicina definitivamente entre os 14 e 18 anos e, em geral, toma essa decisão três anos depois de ter pensado pela primeira vez em fazer esses estudos e dois anos antes de ingressar na escola de medicina. Há menos variação na idade da decisão definitiva comparada com a idade em que o aluno pensou pela primeira vez em estudar medicina. É possível que isso se deva ao fato de que o aluno tem um ponto de referência concreto ao tomar sua decisão definitiva: o término dos estudos secundários. Sem dúvida, a maioria dos estudantes não espera até o último momento para decidir-se em definitivo e, pelo contrário, fazem-no pelo menos um ano antes.

Quadro 62. Etapas na decisão de estudar medicina em alunos de seis escola de medicina da América Latina, 1967

Escola	Idade em que os alunos pensaram pela primeira vez em estudar medicina			Idade em que os alunos decidiram definitivamente estudar medicina			Idade em que os alunos ingressaram na carreira médica		
	Mediana	Média	Desvio padrão	Mediana	Média	Desvio padrão	Mediana	Média	Desvio padrão
Universidade do Nordeste (Argentina)	15	13,7	3,4	17	16,8	2,4	18	18,4	2,1
Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)	15	14,2	3,2	17	17,4	2,3	19	18,9	1,7
Universidade de El Salvador (El Salvador)	14	13,6	3,1	17	16,5	2,2	19	19,0	1,9
Universidade de Novo León (México)	14	13,3	3,3	17	16,8	2,5	19	18,8	1,7
Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)	14	13,3	3,0	16	16,0	2,3	17	17,8	1,8
Universidade do Oriente (Venezuela)	14	13,4	3,6	17	16,8	2,6	18	18,7	2,1

Quadro 63. Grau de associação entre idade em que os alunos de seis escolas de medicina da América Latina pensaram em estudar medicina pela primeira vez e o tempo que levaram a tomar uma decisão definitiva

Período transcorrido entre a idade em que os alunos pensaram em estudar medicina e a idade em que se decidiram definitivamente	Idade em que os alunos pensaram pela primeira vez em estudar medicina		
	12 anos ou menos	De 13 a 15 anos	16 anos ou mais
3 anos ou menos	210	694	608
De 4 a 6 anos	355	147	32
7 anos ou mais	237	11	7

Coeficiente gama = - 0,84; qui-quadrado = 935; graus de liberdade = 4; P < 0,01.

Quadro 64. Grau de associação entre a idade em que os alunos de seis escola de medicina da América Latina pensaram em estudar medicina pela primeira vez e o tempo que levaram a tomar uma decisão definitiva, por escola

Escola	Coeficiente gama	Qui-quadrado	Grau de liberdade	Nível de significação
Universidade do Nordeste (Argentina)	- 0,86	240,2	4	P < 0,01
Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)	- 0,87	167,6	4	P < 0,01
Universidade de El Salvador (El Salvador)	- 0,79	104,8	4	P < 0,01
Universidade de Novo León (México)	- 0,86	287,0	4	P < 0,01
Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)	- 0,84	93,6	4	P < 0,01
Universidade do Oriente (Venezuela)	- 0,85	82,4	4	P < 0,01

Observa-se considerável diferença entre a idade em que o aluno pensou pela primeira vez estudar medicina e a idade em que decidiu definitivamente fazê-lo. Esse intervalo é maior entre os estudantes que pensaram seguir medicina em uma idade muito jovem. Parece, pois, que quanto mais cedo se pensa em seguir os estudos médicos, mais tarde se chega a uma decisão definitiva.

Nas diferentes escolas foi encontrada uma estreita e constante relação entre a idade em que o aluno pensou em cursar medicina e o tempo que levou para chegar a uma decisão definitiva (Quadros 63 e 64).

A existência de um tempo socialmente prescrito e a necessidade de um certo desenvolvimento da personalidade para chegar a uma decisão definitiva são fatores que explicariam por que os alunos que pensaram em seguir medicina muito cedo esperam até certa idade para tomar uma decisão definitiva.

Influência dos parentes médicos na decisão de estudar medicina

Em vários países onde foram feitas investigações foi encontrado que, em geral, é tradicional que os filhos sigam a ocupação de seus pais, especialmente entre as famílias de classes altas.[12] Isto se explica porque o frequente e constante contato com uma determinada profissão facilita a identificação e o despertar do interesse pela dita profissão, especialmente quando esta tem um alto prestígio social.

Jovens com parentes médicos desde muito cedo têm a oportunidade de entrar em contato frequente e constante com a profissão, o que os leva a pensar em estudar medicina antes que aqueles que não têm esse tipo de contato. Essa hipótese, confirmada pelo estudo de Rogoff[13] nos Estados Unidos, também foi comprovada em nosso estudo. Assim, os filhos de médicos pensaram em estudar medicina muito antes que aqueles com outros parentes médicos (tios, primos etc.), e estes últimos pensaram antes dos que não tinham parentes médicos.

Os resultados são consistentes em todos os países estudados, apesar de que não se conhece com exatidão como ocorria o contato entre o aluno e seu parente médico durante a infância e a adolescência.

Outra possível hipótese é que a relação entre a idade em que se pensou pela primeira vez em estudar medicina e o grau de parentesco com médicos não se deva à frequência e constância dos contatos com médicos, mas sim ao grau de educação dos pais. É provável que os jovens com parentes médicos tenham pais com educação superior à dos jovens que não têm parentes médicos e, portanto, seja a variável educação que explique a relação encontrada.

Figura 26. Idade em que os alunos de seis escolas de medicina da América Latina pensaram pela primeira vez em estudar medicina, segundo sua relação com médicos

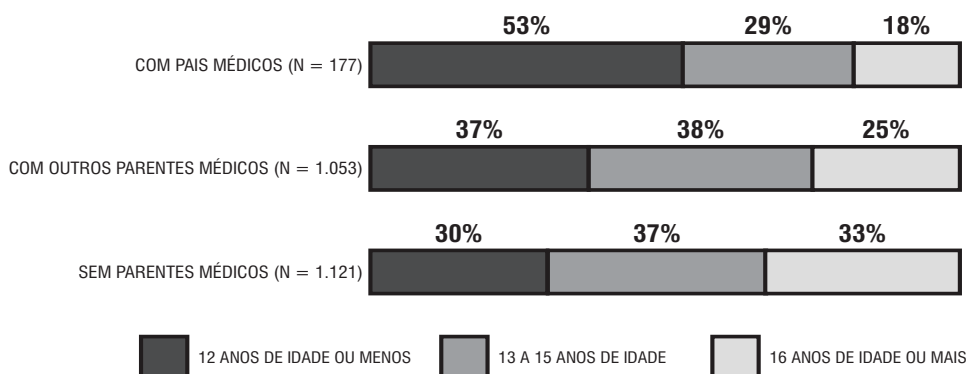
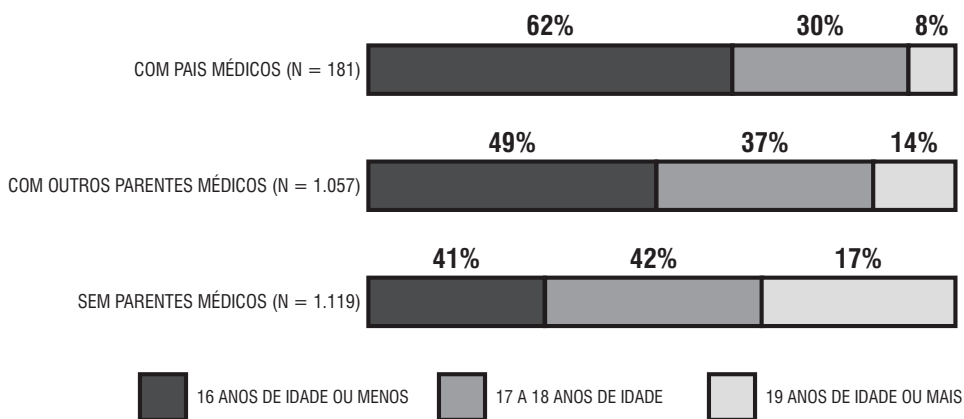



Figura 27. Idade em que os alunos de seis escolas de medicina da América Latina decidiram definitivamente estudar medicina, segundo sua relação com médicos

A fim de confirmar essa hipótese alternativa foram feitas várias análises. Quando os pais têm estudos universitários ou secundários, a relação entre parentesco e idade em que se pensou estudar medicina se mantém, mas quando os pais só têm educação primária a associação não é clara. Os resultados parecem confirmar a hipótese de que a relação de parentesco com médicos se deve à frequência e constância de contatos dos jovens com tais profissionais.

Os achados descritos para o total de alunos entrevistados se confirmam em cada uma das seis escolas analisadas. Essa constância dos dados aumenta o grau de confirmação da hipótese apresentada.

A proximidade de um modelo médico durante a infância e a adolescência facilita a identificação e o conhecimento da posição social da profissão, o que não só leva a pensar em estudar medicina mais cedo, mas também a tomar essa decisão de forma definitiva antes. As diferenças que se observam nas Figuras 26 e 27 para o total de escolas repetem-se na análise realizada em cada uma delas.

Padrões de seleção do curso médico

No momento de ingressar na escola de medicina, os estudantes podem classificar-se em três categorias, conforme: 1) considerem que é o único curso que pode satisfazê-los; 2) pensem que é um entre vários cursos que podem satisfazê-los; e 3) duvidem que é o curso que mais pode satisfazê-los.

Dos estudantes entrevistados 68% foram incluídos na primeira categoria, 26% na segunda e 6% na terceira. Não é estranho encontrar um baixo percentual de estudantes que declaram ter dúvidas ao ingressar, devido, em boa medida, ao fato de que o curso de medicina, diferentemente de outras profissões, requer dos alunos um interesse forte e constante. Outra explicação poderia ser que os alunos que têm dúvida tenham abandonado o curso. Porém, na análise por curso ou ano realizada em cada escola, não foram encontradas diferenças significativas no percentual dos que expressaram dúvidas sobre se era o único curso que poderia satisfazê-los.

Um percentual bastante alto de estudantes considerou a medicina como um dos vários cursos que poderiam satisfazê-los. Não se obteve informação sobre se esses estudantes consideraram seriamente outra opção e se tomaram alguma ação nesse sentido.

Parece, portanto, que existem diversos "caminhos" para chegar à decisão de estudar medicina, embora, em geral, esta siga uma rota direta sem alternativas nem dúvidas. Esse caminho direto tem as características do que se designa como vocação, uma predisposição difícil de definir e possivelmente muito vinculada a elementos afetivos. Se isso é assim, deve haver uma estreita relação entre os que pensaram muito cedo em seguir medicina e os que consideraram a medicina como o único curso que poderia satisfazê-los. Efetivamente, tal como se mostra no Quadro 65, aqueles que pensaram fazê-lo em idade mais jovem são os que consideraram, no momento de ingressar na escola, que era o único curso que poderia satisfazê-los.

Quadro 65. Grau de associação entre idade em que os alunos (total de entrevistados em seis escolas de medicina da América Latina) pensaram pela primeira vez e consideraram a carreira médica como a única que podia satisfazê-los

Idade em que o aluno pensou pela primeira vez em estudar medicina	Consideração da carreira médica			Total
	Única carreira que poderia satisfazê-los plenamente	Uma entre várias carreiras que poderiam satisfazê-los	Duas das carreiras que mais poderiam satisfazê-los	
12 anos ou menos	658	130	34	822
13 a 15 anos	596	226	38	860
16 anos ou mais	344	248	61	653
Total	1.598	604	133	2.335

Qui-quadrado = 131; graus de liberdade = 4; $P < 0,01$; coeficiente gama = 0,28.

Obteve-se o mesmo resultado em todas as escolas (Quadro 66). O despertar de uma vocação em tenra idade parece excluir diferentes alternativas e levar à concentração no curso escolhido. Essa intenção de especialização precoce deveria ser estudada mais detidamente, já que existem teorias que afirmam que o indivíduo chega a uma decisão final depois de analisar tanto seus interesses como outras alternativas ocupacionais, à luz de suas capacidades intelectuais. Os estudos feitos até agora não confirmam que o processo de decisão seja totalmente racional e consciente. Seria mais provável supor que existem diferentes modos de escolher uma profissão e que, em alguns, predomina um padrão de menor consciência e racionalidade na seleção.

Quadro 66. Grau de associação entre a idade em que os alunos pensaram em estudar medicina pela primeira vez e o tempo que levaram a tomar uma decisão definitiva em seis escolas de medicina da América Latina

Escola	Coeficiente gama (ordinal)	Qui-quadrado	Grau de liberdade	Nível de significação
Universidade do Nordeste (Argentina)	0,39	40	4	P < 0,01
Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)	0,43	28	4	P < 0,01
Universidade de El Salvador (El Salvador)	0,64	50	4	P < 0,01
Universidade de Novo León (México)	0,27	22	4	P < 0,01
Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)	0,36	14	4	P < 0,01
Universidade do Oriente (Venezuela)	0,34	15	4	P < 0,01

Razão mais importante na seleção da medicina como curso

Os estudantes entrevistados apresentaram várias razões para decidir estudar medicina de forma definitiva: em primeiro lugar, seu interesse pelos estudos de biologia; em segundo, uma série de motivos que bem poderíamos denominar instrumentais, tais como segurança, renda e independência.

Os conselheiros vocacionais têm utilizado os interesses verbalizados pelos estudantes para orientá-los, baseando-se no conhecimento que se tem dos motivos expressos por pessoas que tiveram sucesso em diferentes ocupações. Porém, devido às diversas especialidades que compõem a profissão médica, esta é capaz de acolher indivíduos com interesses muito diferentes, o que foi assinalado por alguns autores ao colocar em dúvida se existe um grupo comum de valores para todos os integrantes da profissão.

Quadro 67. Porcentagem de respostas ao grau de consideração atribuído ao curso pelos alunos de seis escolas de medicina da América Latina, segundo a razão mais importante para escolher medicina

Razão mais importante para escolher medicina	Única carreira que poderiam satisfazê-los (N = 1.612)	Uma entre várias carreiras que poderiam satisfazê-los (N = 614)	Duas das carreiras que mais poderiam satisfazê-los (N = 131)	Total (N = 2.357)
Interesse pela biologia	58	51	38	55
Profissão muito respeitada	9	13	11	10
Razões instrumentais (segurança, variedade, independência e boas rendas)	13	22	38	17
Ajuda às pessoas	17	12	8	15
Vocação	3	2	5	8

É provável que o estudante, ao tratar de que seus interesses coincidam com as características da ocupação, leve em conta a imagem ocupacional prevalente em seu meio social. Tratando-se de medicina, esta seria, na maioria dos casos, a do médico clínico geral, entre cujos interesses mais destacados se encontram o aspecto biológico e a ajuda às pessoas.

Sabendo que a concordância entre interesses pessoais e características marcadas da profissão escolhida produzem satisfação, é de se esperar que os estudantes que consideraram a medicina como o único curso que poderia satisfazê-los expressem também que a biologia e a ajuda às pessoas são as razões mais importantes para sua seleção. Efetivamente, essa relação se observa no Quadro 67 e se repete na análise dos alunos de cada uma das escolas estudadas.

Seria interessante e proveitoso seguir de perto a atuação dos três grupos de estudantes que foram analisados durante seu desempenho no curso.

ESTUDANTES MATRICULADOS

Na última década, o crescimento da população universitária, isto é, inserida no ensino superior na América Latina, ultrapassou o crescimento da população geral e o incremento da renda nacional, produzindo, como consequência, alguns desajustes sociais.

O Quadro 68 mostra, em valores absolutos, o número de estudantes matriculados em 1967 nas escolas de medicina dos países latino-americanos.

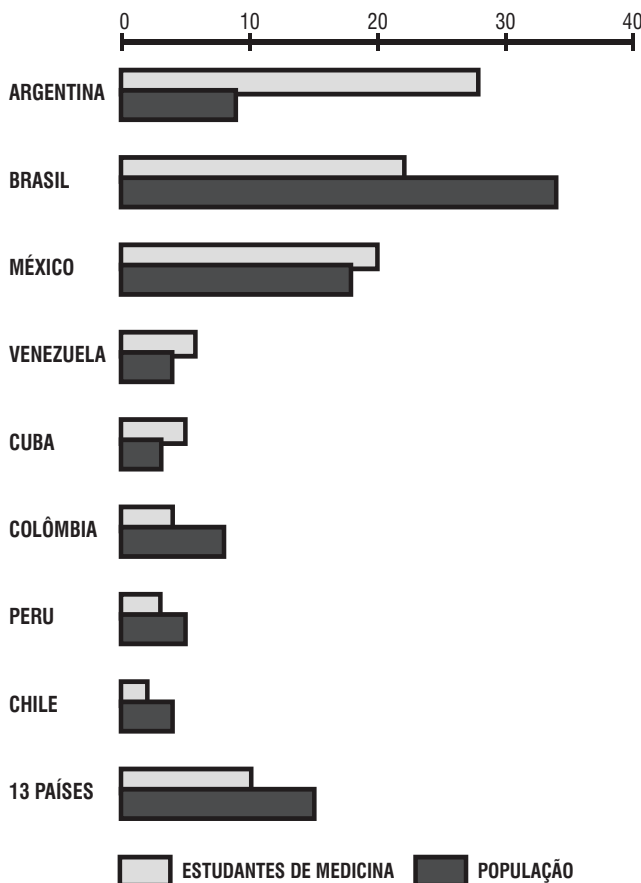
De 1960 a 1966 o incremento anual da matrícula universitária e superior foi de 9,5%. A inscrição total de estudantes em 1966 foi de 878.900.[14]

Comparada com os países altamente industrializados, a relação entre o número de estudantes de ensino superior e a população de 20 a 24 anos de idade é ainda muito baixa na América Latina. Porém, em termos gerais, o ritmo de desenvolvimento do setor educação ultrapassou o econômico, dando lugar a graus variáveis de desemprego em algumas profissões pela expansão insuficiente do mercado de trabalho. Isso parece indicar que, no planejamento nacional da educação, será necessário levar em conta, além da demanda social pela educação, os fatores de ordem econômica que condicionam as oportunidades de trabalho.

Quadro 68. Número de estudantes matriculados em 1967 nas escolas de medicina latino--americanas, por países

País	Número de estudantes
Argentina	27.790
Bolívia	2.179
Brasil	21.907
Colômbia	3.572
Costa Rica	188
Cuba*	4.516
Chile	2.320
Equador	1.660
El Salvador	323
Guatemala	551
Haiti	416
Honduras	176
Jamaica	372
México	20.127
Nicarágua	245
Panamá	148
Paraguai	272
Peru	2.580
República Dominicana	1.109
Suriname	59
Venezuela	5.491
Uruguai	2.244
	98.245

* Ano de informação: 1965.

Figura 28. Distribuição da população e dos estudantes de medicina latino-americanos segundo países, 1967

Chama também a atenção a distribuição percentual dos estudantes de medicina por países e sua comparação com a distribuição percentual da população, conforme apresentado na Figura 28. Os estudantes matriculados em três países (Argentina, Brasil e México) constituem 76% do total dos estudantes de medicina da região, enquanto a população combinada dos mesmos países somente representa 60% do conjunto. Essa ausência de correlação evidencia a existência de fatores de tipo econômico e social que diferem de um país a outro.

O sistema educacional superior na América Latina se caracteriza pela existência de diferentes tipos de matrícula. De acordo com o *status* do estudante dentro do sistema, podem-se distinguir pelo menos quatro tipos de registro:

a. *Alunos regulares*: são estudantes que cursam todas as matérias do ano escolar em que se inscreveram pela primeira vez e, se não são do primeiro ano, foram aprovados em todas as matérias anteriores.

b. *Alunos repetentes*: são estudantes que repetem um ou todos os componentes curriculares de um ano sem cursar outro ano superior ou matérias de outro inferior, caso exista.
c. *Alunos condicionais*: são aqueles estudantes que cursaram todas ou algumas matérias do ano no qual estão inscritos sem terem sido aprovados em todas as matérias do ano anterior e sem cursar simultaneamente matérias de anos anteriores.
d. *Alunos incompletos*: são aqueles alunos que cursam de forma simultânea componentes curriculares do ano em que se inscrevem e componentes curriculares de anos anteriores nos quais não foram aprovados.

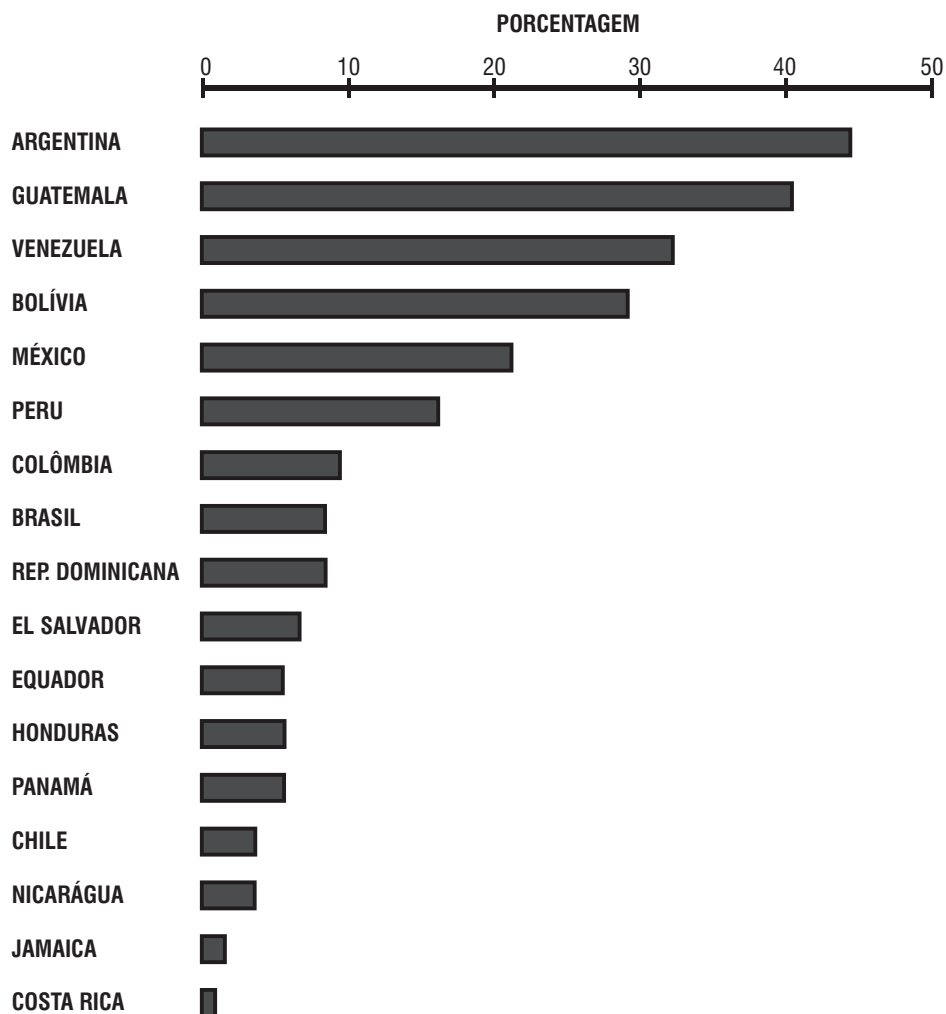
Neste capítulo são estudadas três áreas que foram consideradas importantes no planejamento da educação médica: 1) o estudante irregular; 2) a mulher como estudante de medicina; e 3) origem socioeconômica do estudante de medicina. A análise dos dois primeiros pontos será baseada na informação disponível sobre o total de estudantes de medicina da América Latina, enquanto para o estudo do último tema serão utilizados os dados apresentados pelos alunos de seis escolas de medicina selecionadas.

Estudante irregular

Os quatro tipos de estudantes mencionados não são encontrados em todas as escolas de medicina, mas a maioria delas acolhe pelo menos três. A seguir nos referiremos aos três últimos – repetentes, condicionais e incompletos – como estudantes irregulares.

Essa irregularidade na situação do estudante – refletida no tipo de matrícula sob o qual se inscreve – parece contradizer o conceito teórico do sistema universitário da América Latina, no qual, em essência, um curso consta de vários componentes curriculares distribuídos em diferentes anos acadêmicos, pressupondo-se que a passagem de um aluno de um ano a outro requer a aprovação no anterior. Na realidade o sistema é bem mais flexível, como expressa a aceitação das categorias de estudantes condicionais e incompletos. Esse desvio do conceito teórico do currículo tem levado a tomar medidas que gradualmente o converteram em um sistema eclético ou de transição. Assim, em algumas escolas de medicina, essa situação criou a necessidade de fixar certas limitações, como, por exemplo, a exigência de ter aprovados todos os componentes curriculares básicos antes de cursar os clínicos e a de aprovar certas matérias para poder cursar outras.

Em 1967, 25% dos alunos matriculados (22.547) nas escolas de medicina da América Latina eram irregulares. Essa cifra, relativamente alta, deve-se ao grande número de alunos irregulares inscritos nas escolas de seis países: Argentina, Bolívia, Guatemala, México, Peru e Venezuela. Nos 11 países restantes, a irregularidade é de 10% ou menos (Figura 29).

Figura 29. Porcentagem de estudantes irregulares de medicina por países, 1967

Diversos fatores podem influir, hipoteticamente, nas variações observadas nos países estudados. De maneira geral, destacam-se: o grau em que o plano de estudos requer do estudante uma participação em tempo integral; o grau de aceitação, pelas escolas dos diferentes países, da situação de estudante irregular; e fatores puramente acadêmicos.

Segundo algumas pesquisas, parece que, quando o estudante não se dedica em tempo integral aos seus estudos, tende a buscar trabalho remunerado, ainda que não necessite economicamente. Isso não permite que ele se apresente aos exames no tempo devido e, por conseguinte, o converte em estudante irregular. Ruth Sautu e Gino Germani[15] encontraram correlação entre o trabalho remunerado e a situação de estudante irregular, mas não entre o *status* de estudante irregular e a classe social.

Do mesmo modo, parece que as diferenças de tolerância da situação irregular entre as diversas escolas deram lugar às diferenças que se observam no número de estudantes irregulares, pois em algumas instituições permite-se ao aluno repetir vários cursos ou um mesmo curso várias vezes, enquanto em outras isso só é permitido uma vez.

Como exemplo de fatores acadêmicos pode-se citar, entre outros, a grande quantidade de matérias em que o aluno deve ser aprovado em um ano ou quão difícil é ser aprovado em componentes curriculares que a escola considera chaves.

As consequências do sistema de estudante irregular são bem conhecidas e podem ser resumidas assim:

a. aquelas que afetam a eficiência do sistema pelo prolongamento do curso, pelo incremento de seu custo por aluno e pela diminuição da qualidade do ensino devido ao aumento do número de estudantes por professor;
b. aquelas que, no plano individual, produzem frustrações no estudante e gastos desnecessários.

Por mais importante que sejam os números relativos à irregularidade apresentados na Figura 29, eles não refletem o problema em toda sua magnitude, porque são resultado da investigação da condição dos alunos em um momento determinado, e não ao longo de todo o curso. Um estudo longitudinal que trate de determinar a proporção de alunos que conseguem terminar seu curso "normalmente", ou seja, no tempo mínimo requerido, e sem nunca terem sido irregulares em comparação com aqueles que por diversas irregularidades devem permanecer na escola tempo maior que o mínimo requerido seria mais útil na

avaliação da eficiência do sistema e para medir a incidência da irregularidade estudantil no custo dos estudos.

A mulher como estudante de medicina

O grau de participação da mulher na força de trabalho é considerado como um indicador de mudança social. Do mesmo modo, poderia ser reconhecida como tal, sua participação na educação universitária em geral e nos estudos de medicina, em particular.

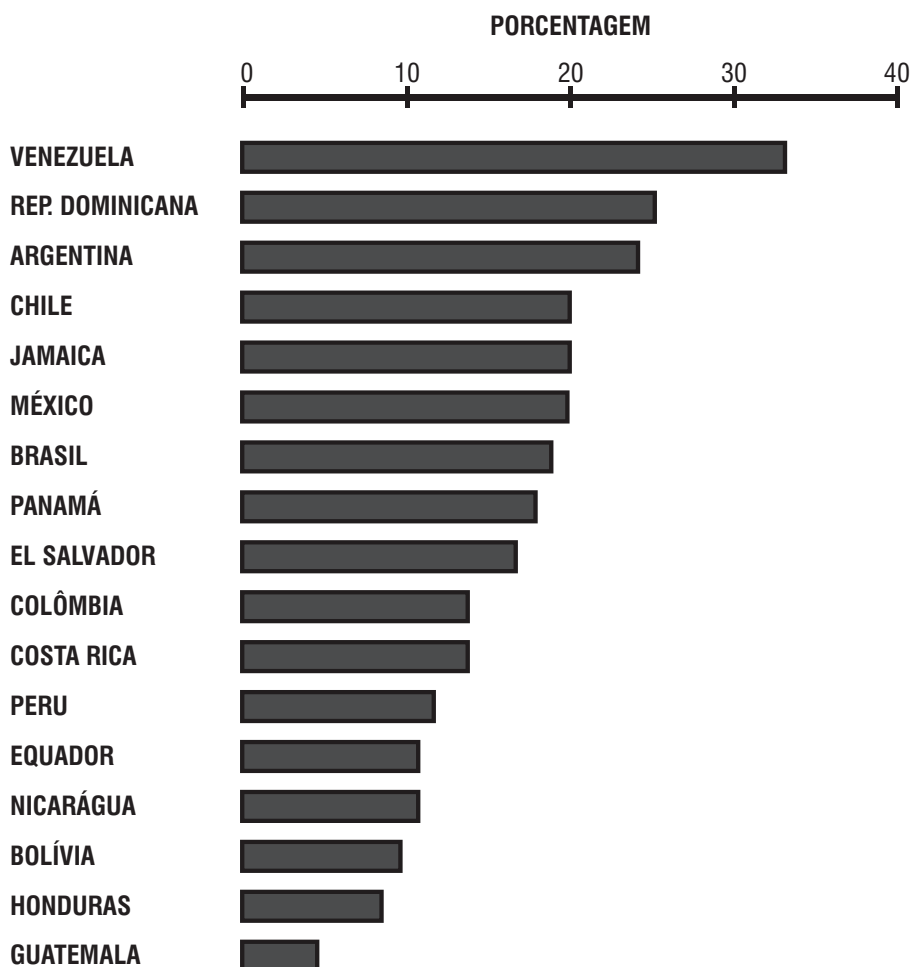
O curso médico na América Latina foi tradicionalmente considerado de caráter exclusivamente masculino e a pedagogia, uma carreira mais apropriada para a mulher. Tais vinculações das profissões ao sexo estão variando notável e rapidamente em alguns países à medida que a imagem e o conceito do papel da mulher na sociedade se afastam de sua definição e conteúdo tradicionais.[16]

O crescente número de mulheres aspirando entrar nas escolas de medicina levou alguns educadores médicos a sugerirem sua limitação, baseando-se na suposição da possibilidade de maior irregularidade e abandono do curso. Até o momento não há estudos específicos que confirmem essa suposição; pelo contrário, os dados em nosso poder não confirmam tal hipótese. Assim, observa-se que o percentual de mulheres matriculadas como irregulares em 17 países da América Latina em 1967 é de 23, cifra ligeiramente inferior à dos homens inscritos em iguais condições.

Como, com poucas exceções, não se limita o ingresso da mulher na escola de medicina, pode-se concluir que o número de mulheres matriculadas reflete, em cada país, a demanda efetiva da mulher pela educação médica. Nos últimos anos essa demanda teve um incremento rápido na América Latina, já que, em 1967, 21% dos matriculados eram mulheres.

O percentual de mulheres que concorrem às escolas de medicina na América Latina varia de forma notável de um país a outro: de 33% na Venezuela a 5% na Guatemala (Figura 30).

Assim como outras variáveis estudadas em educação médica, a proporção de mulheres por países nas escolas de medicina parece ser afetada por diferentes fatores, entre eles o grau de urbanização do país e a magnitude da mudança social nele operada, ligados ambos à liberalização do papel da mulher quanto à escolha ocupacional.

Figura 30. Porcentagem de mulheres estudando medicina, por países, 1967

Origem socioeconômica dos estudantes de medicina

A rápida expansão da educação média e superior na América Latina durante as últimas décadas não obedeceu – como foi discutido em outro capítulo – a objetivos públicos claros e parece ser consequência da pressão das classes médias urbanas por maior educação para seus filhos. O grau de expansão do nível médio de educação – segundo as Nações Unidas – corresponde muito estreitamente ao percentual estimado do estrato médio urbano de cada sociedade, e os baixos percentuais de inscrição escolar nos níveis médio e superior em alguns países coincidem com o crescimento limitado de suas classes médias.[17]

Cada uma das classes sociais elabora, como resultado de sua posição na estrutura, um conjunto peculiar de valores, atitudes, comportamentos e interesses que impõem às outras classes quando chegam a ser hegemônicas. As camadas médias, socialmente móveis, orientam suas ações para realização de uma ascensão social individual através de certos canais que consideram legítimos, como a educação. As classes baixas, impossibilitadas objetivamente de alcançar uma ascensão social, desenvolvem uma solidariedade grupal que lhes permita mudar a estrutura social e, por conseguinte, sua posição atual. Isso não quer dizer que alguns indivíduos das classes baixas não consigam ascender socialmente, mas é a exceção. A educação constitui, para os indivíduos das classes médias, um dos canais mais importantes de ascensão social, especialmente em países como os latino-americanos, onde outras vias de ascensão social estão praticamente fechadas. A profissão médica, por seu grande prestígio social, é um dos cursos universitários mais frequentemente utilizados para alcançar a mencionada mudança de posição social.

A ambição pelos estudos médicos tem sua origem no seio da família da classe média urbana, que geralmente ambiciona ascensão social através de seus filhos. Porém, nem todos os grupos que formam as classes médias conseguem produzir e cultivar essa ambição. Parece, por exemplo, que os filhos de famílias cujo chefe trabalha no setor primário e secundário raramente se orientam para as profissões liberais, consideradas como o mais alto escalão do setor terciário.

É muito provável que os indivíduos que se dedicam a uma determinada ocupação ou profissão procedam de famílias cujos membros têm essa mesma ocupação ou trabalham no mesmo setor ocupacional. Assim, os pais dos estudantes de medicina serão, com maior probabilidade, médicos, profissionais ou terão opções dentro do setor terciário.

Efetivamente, os estudantes de medicina de seis escolas de medicina latino-americanas provêm em sua maioria dos estratos médios e, dentro destes, do setor ocupacional terciário, que se destaca pelo alto percentual de filhos de médicos e profissionais. Em El Salvador, por exemplo, onde os médicos constituem 0,02% da população, os filhos de médicos representam 9% do total de estudantes de medicina.

Os estudantes de medicina, consequentemente, não são uma amostra representativa dos diferentes grupos que formam o país, e o tipo de viés observado constitui um indicador da desigualdade de oportunidades educacionais e, quando isso é controlado, das características de certos grupos dos estratos médios (Quadro 69).

Quadro 69. Porcentagem de estudantes segundo setor e nível da ocupação do pai, 1967 (N = 2.326)

Setor	Nível					Total
	Alto	Médio--alto	Médio	Médio--baixo	Baixo	
Primário	2	3	3	2	1	11
Secundário	1	1	1	5	3	11
Terciário:						
Comércio		3	19	1	8	31
Burocracia		3	14	4	3	24
Profissão médica		8				8
Outras profissões		9	3	3		15
Total	3	27	40	15	15	100

O alto percentual de estudantes de um determinado estrato social e setor ocupacional leva, na escola de medicina, ao predomínio de certos valores, comportamentos e interesses que poderiam explicar muitos dos fenômenos que ali ocorrem; por exemplo, a falta de interesse dos estudantes pela aplicação futura do que se ensina, porque estão orientados para a obtenção de um "título".

Quadro 70. Porcentagem de estudantes por grau de dependência da família

Escola	Grau de dependência						Total
	Totalmente dependente	75%	50%	25%	Menos de 25%	Totalmente independente	
Universidade do Nordeste (Argentina)	68	15	7	2	3	5	100 (555)
Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)	60	19	11	3	4	3	100 (337)
Universidade de El Salvador (El Salvador)	60	11	9	6	5	9	100 (320)
Universidade de Novo León (México)	73	11	6	4	3	3	100 (758)
Universidade Nacional de Nicarágua (Nicarágua)	63	9	10	6	6	6	100 (216)
Universidade de Oriente (Venezuela)	63	9	16	4	5	3	100 (199)

Uma consequência dessa particular composição social dos estudantes de medicina é a dependência que o aluno tem da família e o grau em que esta, por sua vez, depende do sucesso do estudante (Quadro 70).

O alto percentual de estudantes que dependem economicamente, para estudar e viver, de sua família tem sido uma das características mais notáveis da educação latino-americana, e se explica, em parte, porque esses estudantes provêm de famílias com alta renda e porque o mercado de trabalho não permite que o estudante possa financiar sua educação. No caso de alguns estudantes essa dependência econômica se estende até depois de ter-se graduado, como pode se observar no Quadro 71.

Quadro 71. Porcentagem de estudantes por expectativa acerca do momento em que serão totalmente independentes economicamente da família

Escola	Momento em que esperam ficar independentes da família			
	Antes de se formar como médico	Imediatamente depois de se formar	Alguns anos depois de se formar	Total
Universidade do Nordeste (Argentina)	18	44	38	100 (516)
Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)	16	50	34	100 (322)
Universidade de El Salvador (El Salvador)	30	37	33	100 (288)
Universidade de Novo León (México)	22	31	47	100 (706)
Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)	20	46	34	100 (197)
Universidade do Oriente (Venezuela)	6	45	49	100 (190)

É provável que os estudantes que continuam sendo dependentes economicamente de sua família, ao graduar-se, sigam estudando até obterem uma especialização. Isso cria uma nova diferença com os estudantes de poucos recursos econômicos, que devem entrar no mercado de trabalho imediatamente depois de graduados para poder sustentar-se economicamente e ajudar suas famílias.

A dependência econômica da família e a ajuda que alguns profissionais prestam a sua família depois de formados têm sido apontadas como indicadores de certos valores “tradicionais” próprios de países em desenvolvimento. A fim de comprovar o grau de exatidão dessas hipóteses, correlacionou-se um indicador relativo à atitude perante a autoridade do pai com o grau de dependência econômica manifestado pelos estudantes e a ajuda que estes acreditavam que suas famílias esperavam; em dois países dos cinco analisados se encontrou associação significativa. Os resultados mencionados fazem supor que a dependência econômica que o estudante tem da família e a ajuda que esta espera dele uma vez formado obedecem a situações objetivas, e não a razões subjetivas.

Os resultados apresentados no Quadro 72 demonstram que a ajuda esperada pelos pais está condicionada à situação econômica da família e que o mesmo acontece com a dependência econômica do estudante, ainda que em menor grau.

O papel dos fatores subjetivos ou psicológicos parece ser de menor importância, ainda que seja necessária uma análise mais detalhada para conhecer exatamente seu grau de influência.

É evidente que alcançar o título de médico por parte de filhos de famílias dos estratos mais baixos significa um melhoramento da situação econômica e social de todo o grupo familiar.

Não se encontrou nenhuma associação significativa entre a situação socioeconômica do estudante e sua família e as vezes em que o aluno teve que repetir cursos nas escolas de medicina, o que confirma que a situação de repetente não está relacionada com a situação socioeconômica do estudante.

Quadro 72. Correlações entre o grau de dependência da família e a ajuda esperada por esta e a ocupação e educação do pai, educação da mãe, renda familiar, dificuldade para custear os estudos e índice de atitude frente a autoridade dos pais. §

	Escola									
	Universidade do Nordeste (Argentina)		Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)		Universidade de El Salvador (El Salvador)		Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)		Universidade do Oriente (Venezuela)	
	Grau de dependência	Ajuda à família	Grau de dependência	Ajuda à família	Grau de dependência	Ajuda à família	Grau de dependência	Ajuda à família	Grau de dependência	Ajuda à família
Ocupação do pai	0,13*	- 0,32*	- 0,05	- 0,19*	0,18*	- 0,37*	0,22*	- 0,28*	0,15 †	- 0,24 †
Educação do pai	- 0,12*	0,19*	0,06	0,17*	- 0,21*	0,36*	- 0,06	0,27*	- 0,06	0,13
Educação da mãe	- 0,08	0,16*	- 0,04	0,24*	- 0,20*	0,25*	- 0,08	0,18*	- 0,03	0,20*
Entrada da família	- 0,21*	0,28*	- 0,10	0,17*	- 0,08	0,45*	- 0,37*	0,45*	- 0,11	0,31*
Dificuldade para concentrar-se nos estudos	- 0,21*	0,35*	- 0,23*	0,35*	- 0,13 †	0,54*	- 0,27*	0,53*	- 0,07	0,42*
Índice de atitude em direção à autoridade dos pais	0,09 †	-0,00	0,12 †	0,20	0,05	0,13 †	0,10	- 0,04	0,02	- 0,01

§ Para interpretar o sentido da correlação fazem-se necessários os seguintes esclarecimentos: 1) As ocupações foram ordenadas do maior para o menor nível de prestígio. 2) A educação do pai foi ordenada da menor para a maior. 3) A educação da mãe foi ordenada da menor para a maior. 4) A renda familiar foi ordenada da menor para a maior. 5) A dificuldade foi ordenada da maior para a menor. 6) O índice foi ordenado de submissão a independência frente à autoridade dos pais. 7) O grau de dependência vai do maior para o menor. 8) A ajuda esperada pela família foi ordenada de muita a nenhuma. Exemplo: a correlação de 0,18* entre ocupação do pai e grau de dependência significa que quanto mais alto é o prestígio da ocupação do pai, maior é o grau de dependência do estudante de sua família.

* Nível de significância $P < 0,01$.

† Nível de significância $P < 0,05$.

GRADUADOS

A determinação da quantidade e do tipo de médicos que um país necessita, tanto a curto quanto a longo prazo, é um elo que une o planejamento da educação médica com o planejamento do setor saúde.
Lamentavelmente, não existe consenso sobre o conceito de demanda futura e o melhor método para estimá-la. Essa falha é explicada, em parte, pela ambiguidade na definição das funções que cada um dos membros da equipe de saúde deve desempenhar e pela dificuldade em precisar a demanda futura da população latino-americana por atenção médica.

São vários os métodos que podem ser adotados para se estabelecer aproximadamente o número necessário de médicos.[18]

a. *O uso das tendências do passado como uma forma de estimar as necessidades futuras*. Esse procedimento consiste em extrapolar as tendências do crescimento no número de médicos durante um período prolongado e correlacioná-las com o crescimento da população, do produto interno bruto nacional e da produção. A linha de regressão assim obtida é usada para projetar demandas futuras. As críticas a esse método centram-se na dificuldade de se obter informação confiável e na ideia de que o futuro dos países em vias de desenvolvimento pode vir a ser diferente do passado.
b. *A análise das possibilidades de trabalho no mercado*. Esse método vincula o planejamento da educação médica com o planejamento econômico e geralmente impõe severas restrições ao número de médicos a serem graduados. Essas restrições se devem, especialmente na América Latina, à sincronia produzida por um crescimento acelerado do sistema educacional médico e um ritmo de expansão mais lento nas oportunidades de emprego. No entanto, alguns críticos desse método apontam que a insuficiência de dados impede precisar o grau de saturação do mercado, especialmente naqueles países onde existe o predomínio do setor privado sobre o setor estatal de atenção médica à população. Além disso, sustentam que a rápida incorporação de grandes massas dessa população, atualmente excluídas da participação no uso de certos serviços, criaria uma demanda inesperada. A discussão se mantém até agora – pelo menos na América Latina – a nível teórico, com certo entendimento sobre a necessidade de estudar melhor as vantagens e as limitações de tal método. Pensa-se que, para estabelecer o número de médicos que devem ser graduados anualmente,

não seria conveniente um ajuste excessivo às demandas econômicas, sem se ter certeza do futuro do mercado de trabalho.

c. *O estabelecimento de objetivos sociais*. Esse método se baseia na identificação das deficiências do sistema educacional e projeta as necessidades futuras de acordo com o crescimento estimado da população e com a demanda da população por educação médica. O número de médicos necessários a longo prazo é determinado tomando-se como referência a quantidade alcançada por países cujo desenvolvimento social é considerado desejável. É possível que a relação de um médico para cada 1.000 habitantes, considerada como meta ideal por muitos países na América Latina, tenha sua origem em um enfoque semelhante a esse. Uma das dificuldades da aplicação desse método é a falta de correlação com o planejamento econômico e, em consequência, com os planos nacionais de saúde. É por isso que os clássicos indicadores que relacionam o número de médicos com o número de habitantes parecem ter perdido o significado, enquanto meta a ser alcançada, que até há pouco tempo lhes era reservado.
d. *Análise das metas dos planos nacionais do setor saúde*. Os planos nacionais determinam certas prioridades e dirigem os investimentos para certos setores, podendo alterar o mercado de trabalho como resultado da implementação de ações voltadas ao alcance das metas propostas. Em todo caso, a necessidade de recursos humanos dependerá do sistema de atenção médica adotado e, hoje em dia, assistimos a mudanças fundamentais no conceito de tais sistemas, mudanças nascidas da crescente consciência da impossibilidade de formar os médicos necessários para sustentar um sistema que mantenha a definição tradicional de seu papel. Assim, a delegação de funções até agora desempenhadas pelo médico para outro tipo de profissional ou pessoal poderia mudar consideravelmente a demanda de médicos.

Atualmente, a educação médica na América Latina aparece dissociada tanto do sistema econômico quanto do planejamento do setor saúde no que se refere ao número anual de graduados. Em geral, o número de graduados anualmente é o resultado da demanda por educação médica e do jogo interno ao sistema educacional, influenciado basicamente por condições financeiras. Salvo poucas exceções, não existe um planejamento do número de graduados requeridos anualmente com base nas necessidades definidas no plano de saúde.

Neste capítulo são examinados três aspectos: 1) o número de médicos na América Latina, 2) o número de graduados e 3) o processo de especialização em medicina.

Número de médicos

Em 1969 existiam na América Latina 172.332 médicos, ou seja, uma proporção de 6,7 médicos por 10.000 habitantes. Essa proporção flutuou entre 22,4 na Argentina e 0,7 no Haiti. Três países tinham mais de oito médicos por 10.000 habitantes, e dez países, entre cinco e oito. Dessa análise depreende-se que existe uma grande variação na proporção de médicos por habitantes e que a média desse indicador é relativamente baixa.

Quadro 73. Número de médicos graduados na América Latina de 1963 a 1967, por ano e por país

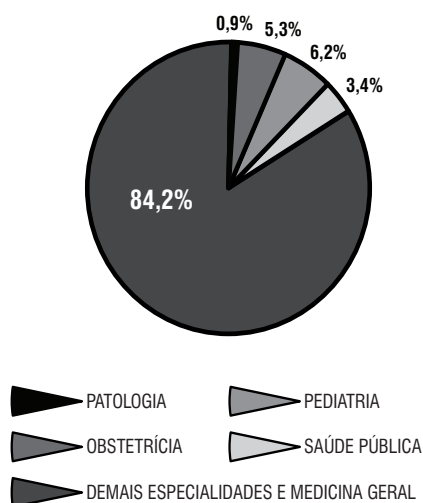
País	1963	1964	1965	1966	1967	Porcentagem anual de crescimento
Argentina	1.947	2.202	2.282	1.873	2.569	6,8
Bolívia	95	93	104	129	125	5,4
Brasil	1.582	1.567	1.784	1.550	2.046	6,3
Colômbia	439	393	473	392	353	- 5,3
Costa Rica	*	*	11	14	15	
Cuba	334	312	395	400	453	4,3
Chile	233	236	228	225	233	0,0
Equador	83	115	146	150	183	18,7
El Salvador	40	50	39	37	40	0,0
Guatemala	89	89	63	74	55	- 11,1
Haiti	+	+	+	+	+	
Honduras §	26	22	29	42	82	25,9
Jamaica	32	31	35	34	60	15,2
México	1.059	1.055	1.471	1.439	1.957	14,8
Nicarágua	38	18	42	60	49	4,6
Panamá	18	21	25	19	*	
Paraguai	47	+	+	+	47	0,0
Peru	257	293	420	293	326	5,8
República Dominicana	88	84	14	76	204	19,8
Uruguai	127	129	178	159	234	14,4
Venezuela	369	401	397	425	477	6,3
Total	6.903	7.111	8.136	7.391	9.508	7,8

* Não houve graduados.

+ Não se obteve informação.

§ Em 1967, um número considerável de antigos egressos se graduou.

A variação observada tem sua explicação na variação que existe no desenvolvimento econômico desses países e na política educacional adotada. Muitos países apresentaram uma redução no incremento do número de médicos pela decisão das escolas de medicina de limitar o ingresso ao curso médico. Embora tais medidas estejam justificadas em termos da qualidade da formação médica e da falta de recursos, parece que não se buscou novas formas que possam resolver a aparente contradição entre qualidade e quantidade, especialmente quando o que se sabe sobre o significado de "um bom médico" e como alcançá-lo é pouco.

Figura 31. Porcentagem de médicos em especialidades selecionadas em 13 países da América Latina, 1968*

* Tomado de: Hechos que Revelan Progresso en Salud, 1971.

Publicação Científica nº 227 da Opas, setembro de 1971.

À baixa proporção de médicos por habitantes na América Latina devem-se agregar sua inadequada distribuição geográfica e a marcada distorção da proporção de especialistas.

Os países latino-americanos têm um percentual baixo de médicos em certas especialidades, que podem ser consideradas básicas com respeito aos problemas de saúde de suas populações. Assim, em 13 países só 15,8% dos médicos exerciam especialidades de importância em saúde materno infantil, como pediatria, obstetrícia, patologia e saúde pública (Figura 31).

Número de graduados

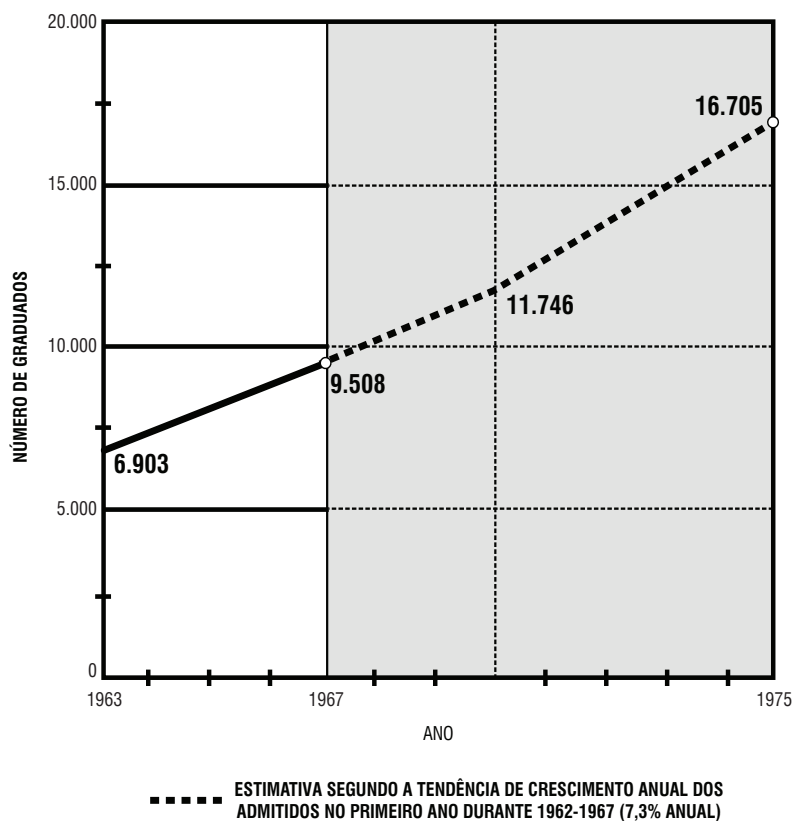
Na América Latina devemos diferenciar entre egressos e graduados. O aluno egresso é o que cursou e foi aprovado em todas as disciplinas previstas no currículo; e o graduado é aquele que, além dessas exigências, cumpriu outros requisitos que o capacitam a obter seu diploma ou título, tais como um exame profissional, apresentação e defesa de uma tese ou a prestação de certos serviços ao país, por exemplo, o serviço médico rural.

Em 20 países da América Latina o número de médicos graduados em 1967 foi de 9.455, dos quais 70% correspondiam a três países: Argentina, Brasil e México.

O aumento anual do número de graduados na América Latina entre os anos de 1963 e 1967 foi de 7,8%, percentual superior ao crescimento da população no período (Quadro 73), porém esse aumento não ocorreu em todos os países; pelo contrário, alguns sofreram uma diminuição acentuada. Países como Chile, Colômbia e Paraguai, mesmo com um aumento do número de graduados, mantêm uma relação médico-habitantes relativamente baixa, enquanto em outros, como Argentina e Uruguai, com índices superiores a 11 médicos por 10.000 habitantes, o número de graduados segue crescendo. Este paradoxo pode ser explicado pelo tipo de política de ingresso que países como Chile, Colômbia e Paraguai, entre outros, adotaram, estabelecendo uma limitação rigorosa no ingresso de novos estudantes há mais de 20 anos.

Em países com baixa relação médico-habitantes e sem perspectiva de que essa situação se modifique, cabe pensar em uma mudança substancial do sistema de atenção médica e, por conseguinte, em uma modificação no planejamento dos recursos humanos para a saúde. Em alguns países estão sendo realizadas experiências com vistas a que o médico delegue parte das suas responsabilidades ao pessoal chamado subprofissional, e se espera que essa medida diminua a necessidade de formar maior número de médicos. É evidente que esse tipo de atenção médica requer um aumento do pessoal subprofissional, o qual, sem dúvida alguma, pode ser formado mais rapidamente e a um custo menor.

Por último, devemos destacar que as projeções de graduados para os próximos anos na América Latina indicam um aumento considerável no número absoluto de graduados (Figura 32), mas tal aumento será insuficiente para alterar de forma significativa a relação médico-habitantes.[19]

Figura 32. Estimativa do número de médicos graduados em 20 países da América Latina

O processo de especialização em medicina

A formação de especialidades tem seu início no final do século X, com a distinção entre medicina, cirurgia e farmácia, e se vincula estreitamente aos processos de secularização da medicina, da divisão do trabalho em intelectual e manual e da institucionalização da educação médica.

Na medicina coexistiram práticas mágico-religiosas e racionais desde o início da civilização. A eliminação dos aspectos mágico-religiosos da prática médica, ou seja, o processo de secularização, resultou em uma diminuição do prestígio social da medicina, que passou a ser considerada como uma mera ocupação manual.

Por outro lado, a divisão do trabalho, que tem seu início em sociedades que já tinham escrita e mantinham uma estrutura social escravagista, fez com que,

em sociedades como a Grécia e a Roma antigas, as ciências teóricas fossem praticadas por cidadãos e as atividades manuais, entre elas o exercício da medicina, ficassem ao cuidado de escravos ou pessoas muito pobres. Durante a Idade Média, a medicina ganha em prestígio social quando as tarefas manuais são delegadas a distintos tipos de pessoal, tais como barbeiros, cirurgiões e boticários. Não se conhece muito claramente as razões dessa mudança, mas, em todo caso, está vinculada ao surgimento da universidade medieval.

A incorporação da medicina ao ensino universitário, introduzida possivelmente pelos clérigos dessa época, implicou a separação das atividades manuais do exercício da medicina e o aparecimento de diferentes especialidades médicas. Não obstante essa ascensão, os estudantes de medicina da universidade medieval tinham um prestígio menor que os estudantes de teologia e direito.[20]

As concepções gerais sobre medicina, os diferentes tipos de pessoal de saúde surgidos e preparados na Europa e o pouco prestígio socialmente atribuído a cada um deles foram trasladados ao Novo Mundo. A este último se deve a escassez de candidatos para estudar medicina durante a colônia. Por outro lado, a distinção que havia entre a medicina e a cirurgia se refletia claramente no fato de que eram ensinadas em escolas separadas e só a medicina tinha sido incorporada à universidade.

A elevação do prestígio social da medicina e de suas especialidades foi produzida ao longo dos séculos XVIII e XIX, como consequência do progresso das ciências naturais e da sua aplicação ao campo médico. Porém, a separação da medicina em vários ramos se manteve e foi se acentuando apesar de todo o esforço de integração.

Segundo alguns autores, o número de especialistas de um país depende do grau de desenvolvimento econômico e, portanto, deveria ser maior nos países industrializados. Porém, o grau de especialização observado nos países em desenvolvimento é elevado, especialmente quando a prestação de serviços é deixada ao livre jogo da oferta e da demanda, porque a clientela que pode pagar por esses serviços apresenta uma patologia e exigências diferentes, criando uma demanda por pessoal de saúde especializado.

Caberia a pergunta: como e quando se produz nos estudantes das sociedades economicamente subdesenvolvidas o desejo de especializar-se e para qual especialidades orientam suas preferências?

Um dos fatores de grande influência na história da especialização médica, e ao qual já nos referimos, é o prestígio concedido socialmente a tais especialidades. Como interessa conhecer o valor dado a elas pelos estudantes, já que

isso parece constituir elemento de peso para a sua decisão, foi feita uma série de perguntas a todos os alunos das seis escolas de medicina latino-americanas selecionadas.

O prestígio das especialidades

Em todas as sociedades nas quais se investigou o prestígio ocupacional, este apresenta uma estrutura semelhante, e em todas o médico ocupa a mais alta posição. Essa similaridade de resultados parece também ser encontrada em relação ao prestígio de algumas das especialidades médicas, como demonstra um estudo realizado na Turquia entre médicos[21] e um realizado nos Estados Unidos[22] entre estudantes e professores. A similaridade de resultados entre essas duas pesquisas é muito alta, o que dá lugar a pensar que o mesmo caso pode acontecer em outros países, não obstante as diferenças culturais e o tipo de pergunta utilizada para avaliar o dito prestígio.

A fim de medir o prestígio das especialidades médicas na América Latina, foi solicitado a todos os estudantes de seis das escolas de medicina que ordenassem 12 especialidades médicas segundo o prestígio que tinham na profissão médica e de acordo com sua opinião.

Os resultados demonstram uma extraordinária semelhança entre o ordenamento das especialidades médicas; medicina interna e cirurgia aparecem nas posições superiores, e dermatologia e saúde pública aparecem entre as mais baixas (Quadro 74).

Para medir o grau de correspondência entre os diferentes ordenamentos, foram correlacionadas as pontuações obtidas em cada escola e também as encontradas entre estudantes e professores dos Estados Unidos e médicos na Turquia (Quadro 75).

Quadro 74. Pontuação média atribuída às especialidades pelos alunos do último ano do curso médico, de acordo com a média social atribuída pela profissão médica*

Especialidade	Escola					
	Universidade do Nordeste (Argentina)	Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)	Universidade de El Salvador (El Salvador)	Universidade de Novo León (México)	Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)	Universidade do Oriente (Venezuela)
Cirurgia	1,6	2,0	2,0	2,6	2,9	2,2
Medicina interna	2,0	2,1	1,1	2,5	1,6	1,7
Pediatria	4,3	6,0	4,8	4,4	3,4	3,6
Neurologia	4,5	4,5	4,8	4,3	4,3	5,8
Obstetrícia e ginecologia	5,4	6,1	4,9	4,9	6,5	5,7
Oftalmologia	6,5	6,4	6,3	7,9	7,2	7,5
Psiquiatria	8,0	7,0	7,3	4,7	5,2	8,0
Medicina preventiva	8,0	7,1	8,8	8,5	8,8	7,8
Otorrinolaringologia	8,4	8,7	8,2	8,6	8,4	7,7
Medicina social	8,7	9,0	10,5	10,0	9,8	7,7
Dermatologia	9,1	10,2	8,7	8,6	8,9	7,8
Saúde pública	10,5	8,1	9,6	10,4	10,1	9,3

* As pontuações mais baixas significam maior prestígio.

Quadro 75. Correlações entre pontuações de prestígio dadas às especialidades médicas: por estudantes de seis escolas de medicina, por médicos da Turquia, por professores e por alunos dos Estados Unidos

	Estudantes da escola da						Médicos (Turquia)[1]	Estudantes de 15 escolas de medicina (Estados Unidos)[2]	Professores de 15 escolas de medicina (Estados Unidos)[2]
	Universidade do Nordeste (Argentina)	Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)	Universidade de El Salvador (El Salvador)	Universidade de Novo León (México)	Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)	Universidade do Oriente (Venezuela)			
Estudantes da escola da									
Argentina		0,90*	0,90*	0,96*	0,94*	0,92*	0,74	0,81*	0,74+
Bolívia			0,85*	0,93*	0,90*	0,89*	0,75+	0,86*	0,84*
El Salvador				0,91*	0,91*	0,90*	0,95*	0,97*	0,95*
México					0,97*	0,96*	0,81+	0,86*	0,81*
Venezuela						0,96*	0,78+	0,83*	0,73+
Médicos (Turquia)[1]							0,86+	0,89*	0,78+
Estudantes de 15 escolas dos Estados Unidos								0,97*	0,93+
Professores de 15 escolas dos Estados Unidos									0,96+

[1] Informação obtida de TAYLOR, Carl E. *Health Palning in Turkey*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1968.

[2] Informação obtida de READER, George G. Development of professional attitudes and capacities. *Journal of Medical Education*, [*s. l.*], v. 33, n. 10, Oct. 1958.

+ Nível de significância $P < 0,05$.

* Nível de significância $P < 0,01$.

As correlações encontradas, extremamente altas para esse tipo de estudo, reforçam a hipótese de que o prestígio das especialidades depende de certas características próprias de cada especialidade. Porém, existem variações no ordenamento de várias especialidades entre estudantes de diferentes escolas e países, que possivelmente estão indicando uma influência de fatores locais. Por exemplo, os estudantes da escola de medicina da Argentina valorizam a cirurgia em grau mais alto do que os estudantes das escolas de outros países, e isso poderia dever-se ao fato de que naquele país ou naquela escola, por razões locais, como a presença de bons cirurgiões, essa especialidade tem maior apreço do que outras.

É possível que o ordenamento dado pelos estudantes não coincida com o ordenamento que eles creem que seja dado pelos membros da profissão médica. Com o propósito de estudar esse aspecto, pediu-se aos alunos que ordenassem as especialidades segundo sua opinião, e os resultados foram correlacionados com as respostas que os mesmos alunos deram à pergunta sobre o ordenamento dado a essas especialidades pelos membros da profissão médica.

Os resultados demonstram claramente que a ordem que o estudante dá às especialidades coincide com o ordenamento que, segundo sua própria percepção, os médicos também fazem (Quadro 76).

Quadro 76. Correlações entre duas hierarquizações dadas às especialidades médicas pelos estudantes de medicina: uma segundo sua própria opinião, e a outra segundo a dos membros da profissão médica

Escola					
Universidade do Nordeste (Argentina)	Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)	Universidade de El Salvador (El Salvador)	Universidade de Novo León (México)	Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)	Universidade do Oriente (Venezuela)
0,85*	0,84*	0,73*	0,87*	0,90*	0,76*

* Nível de significância P < 0,01.

Em resumo, apesar de serem notadas algumas variações estruturais, culturais e de personalidade, fica comprovada a existência de uma grande semelhança na escala de prestígio das especialidades nas escolas analisadas, resultados que apontam a necessidade de investigar quais são as características que fazem com que cada especialidade ocupe uma posição determinada na hierarquia de prestígio.

Para determinar em que momento o estudante incorpora ou assimila a referida hierarquia, poderiam ser apresentadas duas hipóteses: a) é possível que seja adquirida durante sua passagem como aluno na escola de medicina, vale dizer, no período em que entra em contato com as especialidades e com a cultura médica, e b) possivelmente o estudante já a conhece ao ingressar na escola porque tal hierarquia difundiu-se na sociedade e, portanto, teve a oportunidade de conhecê-la.

A fim de estabelecer a validade de tais hipóteses, foram correlacionadas as hierarquias das especialidades apontadas pelos alunos do primeiro e do último ano do curso (Quadro 77).

Quadro 77. Correlações entre as pontuações dadas às especialidades por estudantes do primeiro e do último ano do curso médico, de acordo com o prestígio que lhes atribuem os membros da profissão

Escola					
Universidade do Nordeste (Argentina)	**Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)**	**Universidade de El Salvador (El Salvador)**	**Universidade de Novo León (México)**	**Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)**	**Universidade do Oriente (Venezuela)**
0,68+	0,80*	0,88*	0,83*	0,85*	0,77*

+ Nível de significância P < 0,05.

* Nível de significância P < 0,01.

As correlações encontradas são muito altas e demonstram que a hierarquização dada pelos estudantes do primeiro e do último ano são coincidentes, fato que chama ainda mais a atenção ao considerar-se que todos os alunos do primeiro ano foram entrevistados logo após ingressarem no curso.

A percepção acerca da hierarquização das especialidades médicas é adquirida, portanto, antes de entrar na escola de medicina, o que faz supor que se encontra difundida na sociedade. Porém, a escola deve ter alguma influência sobre ela, já que os ordenamentos não têm uma correspondência de um a um, como aconteceria se o coeficiente de correlação fosse 1,0. Por exemplo, em todas as escolas, sem exceção, o prestígio da medicina interna aumenta no correr dos anos, o que revela a influência do ambiente escolar (Quadro 78).

Quadro 78. Pontuação média dada à medicina interna por estudantes de medicina, por país e ano do curso*

Escola	Ano do curso						
	Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto	Sétimo
Universidade do Nordeste (Argentina)	6,9	5,8	5,8	3,8	2,4	2,9	2,0
Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)	6,0	4,3	4,3	2,8	2,5	3,2	2,1
Universidade de El Salvador (El Salvador)	5,2	3,4		1,6	1,6	1,3	1,1
Universidade de Novo León (México)	6,0	5,1	4,6	2,7	2,6	2,5	
Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)	5,0	4,5	2,6	2,5	1,6		
Universidade do Oriente (Venezuela)	5,2	3,0	3,4	2,5	1,7		

* As pontuações mais baixas significam maior prestígio.

É interessante notar que a elevação do prestígio da medicina interna ocorre no momento de ingresso à etapa clínica, quando o estudante entra em contato direto com esse especialista. É possível que na população em que o estudante adquire a percepção sobre a hierarquia das especialidades se desconheça a medicina interna ou que esta seja confundida com a medicina geral. Essa influência da escola não é observada com a mesma clareza em outras especialidades. Mesmo assim, percebe-se que a medicina preventiva começa a perder seu prestígio entre o primeiro e o segundo ano de estudos e que isso pode dever-se ao fato de que a profissão médica considera o prestígio dessa especialidade menor do que o percebido pela população.

Tipo de atividade médica que os alunos gostariam de fazer ao término dos seus estudos

Considerando que a medicina geral é a atividade para a qual as escolas consideram que preparam seus estudantes, perguntou-se aos alunos das seis escolas de medicina selecionadas que atividade médica gostariam de realizar uma vez terminados seus estudos, visando assim calcular a proporção dos que escolheriam medicina geral (Quadro 79).

Quadro 79. Porcentagem de estudantes segundo atividade médica que gostaria de exercer ao terminar os estudos

Escola	Tipo de atividade					Total
	Prática geral	Prática de uma especialidade	Ensinar	Investigar	Não sabe	
Universidade do Nordeste (Argentina)	26	61	1	8	4	100 (551)
Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)	28	64	1	5	2	100 (332)
Universidade de El Salvador (El Salvador)	27	62	5	5	1	100 (321)
Universidade de Novo León (México)	25	70	1	2	2	100 (730)
Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)	22	68	1	8	1	100 (215)
Universidade do Oriente (Venezuela)	44	43	2	6	5	100 (199)

O percentual de estudantes que deseja ser especialista é alto em todas as escolas, com a única exceção da Venezuela, em aberta contradição com o estabelecido nos objetivos dessas instituições. Chama também atenção que o percentual dos que desejariam ensinar é menor do que aqueles que gostariam de pesquisar. Frente a esses resultados, cabe perguntar até que ponto isso é efeito da escola ou o resultado de influências externas, e com tal propósito foram estudadas as respostas dos que desejavam exercer uma especialidade. Essa análise consistiu em observar a variação do percentual de alunos que desejavam especializar-se, supondo-se que o aumento ou a diminuição desse percentual poderia variar de acordo com a influência das escolas (Quadro 80).

Quadro 80. Porcentagem de alunos que desejam praticar uma especialidade, uma vez terminados seus estudos, por ano do curso

Escola	Ano do curso						
	Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto	Sétimo
Universidade do Nordeste (Argentina)	52 (166)	62 (98)	66 (99)	64 (86)	68 (44)	73 (33)	64 (25)
Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)	63 (73)	65 (51)	66 (35)	45 (29)	68 (62)	67 (42)	70 (40)
Universidade de El Salvador (El Salvador)	61 (96)	53 (72)		71 (52)	62 (48)	60 (30)	78 (23)
Universidade de Novo León (México)	62 (175)	60 (117)	71 (125)	70 (124)	75 (96)	88 (93)	
Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)	75 (52)	69 (42)	72 (43)	56 (43)	68 (35)		
Universidade do Oriente (Venezuela)	48 (69)	37 (57)	45 (31)	42 (20)	38 (21)		

Os resultados não revelaram nenhuma mudança no decorrer dos anos, mas demonstraram que o percentual de estudantes que desejavam praticar uma especialidade era relativamente alto logo no primeiro ano de estudos, quando se supõe que ainda não tenha havido nenhuma influência da escola. Esses resultados indicam, pois, que os fatores que determinam o desejo de especializar-se estão fora do âmbito acadêmico.

Perguntou-se aos estudantes que desejavam praticar uma especialidade qual seria seu interesse. Houve uma grande similaridade entre as respostas dos estudantes das diferentes escolas (Quadro 81).

Quadro 81. Porcentagem de estudantes segundo a atividade médica a que desejam se dedicar, uma vez finalizados seus estudos

Atividade médica	Escola					
	Universidade do Nordeste (Argentina)	Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)	Universidade de El Salvador (El Salvador)	Universidade de Novo León (México)	Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)	Universidade do Oriente (Venezuela)
Medicina geral	26	28	27	25	22	44
Cirurgia	11	14	12	11	6	5
Obstetrícia	6	8	9	8	11	5
Pediatria	9	2	10	7	13	8
Psiquiatria	7	3	3	6	9	2
Cardiologia	7	5	5	6	3	5
Medicina interna	0	1	8	3	8	2
Neurologia	2	2	2	2	0	1
Oftalmologia	1	1	2	1	0	0
Dermatologia	0	1	0	0	0	1
Saúde pública	0	3	2	1	1	4
Otorrinolaringologia	1	1	0	1	0	0
Outras especialidades médicas	4	1	1	2	1	1
Outras especialidades cirúrgicas	7	10	3	6	10	5
Ensinar	1	1	5	1	1	2
Investigar	8	5	5	2	8	6
Não sabe	10	14	6	18	7	9
Total	100 (551)	100 (332)	100 (321)	100 (730)	100 (215)	100 (199)

Um fenômeno interessante, que mereceria ser estudado com maior profundidade, é a correspondência que se observa entre a distribuição de médicos por especialidades em um determinado país e a distribuição dos estudantes no mesmo país, segundo a especialização que pretendem seguir. Ambas as distribuições têm uma certa relação com o prestígio das especialidades. Assim, as especialidades mais apreciadas são também as que os estudantes desejam seguir em maior proporção e as que contam com maior número de especialistas.

A informação analisada indica que a tendência do estudante para a especialização é determinada por fatores que se encontram fora do controle da escola. Por isso, parece contraditório que as escolas insistam na formação de médicos gerais. Na medicina, como em outras áreas estudadas, as escolas estabelecem metas que não podem alcançar, baseando-se na crença de que a educação pode mudar certos fenômenos quando, na realidade, estes dependem da infraestrutura econômica do país e das suas decisões políticas.

CONCLUSÕES

A diversidade de temas estudados obriga à análise de suas implicações, classificando-os em três categorias: a) candidatos e admitidos na carreira médica, b) estudantes matriculados e c) graduados.

Candidatos e admitidos no curso médico

A grande demanda social por educação – até agora só parcialmente satisfeita – constituirá um elemento de pressão política considerável sobre o sistema educacional médico. De fato, isso já está ocorrendo em várias escolas latino-americanas, nas quais os conflitos estudantis se centram no problema de ingresso, e daí decorrem as seguintes interrogações:

a. Esse incremento de candidatos à carreira médica significa uma falta de equilíbrio nas demandas aos cursos universitários?
b. Há uma boa orientação vocacional que possa canalizar essa demanda para outros interesses?
c. É possível orientar os estudantes para outras profissões do setor saúde e oferecer-lhes as oportunidades necessárias nesse sentido?

O problema deve ser abordado em três níveis: a) maior diversificação no nível universitário, b) orientação vocacional precoce e intensa e c) maior diversificação de cursos médicos, especialmente no sentido de cursos curtos.

A diversificação da oferta de cursos de nível superior no sistema educacional é um problema de solução mais difícil, porquanto requer recursos financeiros e docentes suficientes, um planejamento cuidadoso dos recursos humanos ao nível nacional e a ação conjunta do Estado e da universidade. É evidente que hoje em dia a formação de pessoal não pode ser deixada ao livre arbítrio, ao acaso ou aos interesses individuais e deve estar orientada para as necessidades da sociedade. O respeito à "vocação", ao "chamado divino", pode levar um país a um desenvolvimento distorcido na formação de seus recursos humanos, porque a chamada vocação representa o resultado da influência de fatores familiares e da estrutura social e pouco ou nada tem a ver com as capacidades do indivíduo. Como visto neste capítulo, a vocação médica se manifesta muito cedo na vida do estudante e parece estar ligada a fatores afetivos e a uma percepção das vantagens de uma posição social de alto prestígio.

Outro aspecto desse problema que deve ser analisado é o caráter hereditário da profissão médica, ao menos no que se refere à elite profissional. Parece que uma proporção significativa de filhos ou parentes de médicos ingressou no curso médico e, por contar com apoio familiar, tem maiores e melhores possibilidades que outros para alcançar posições mais altas dentro da profissão.

As razões expostas reforçam a importância que deve ser dada à orientação vocacional como método para guiar a demanda social por estudos superiores. Mas a orientação vocacional deve ser oferecida, ao menos para a medicina, em uma etapa precoce do processo educacional, já que a decisão de estudar medicina é tomada também em uma idade muito jovem.

Outra alternativa que poderia ser experimentada para orientar a demanda social de estudos pode ser baseada no postulado de Becker,[23] ou seja, planejar e introduzir atividades no ensino médio, em áreas consideradas prioritárias, de forma tal que o aluno se comprometa com uma determinada ocupação antes de ingressar na universidade.

A diversificação dos cursos médicos tem recebido especial atenção durante os últimos anos, com o surgimento das chamadas "Faculdades de ciências da saúde".[24] Nessas instituições pretende-se formar diversos tipos de profissionais da saúde com base em um tronco comum de conhecimentos que permitirá ao estudante sair do sistema educacional em qualquer momento com a competência necessária para desempenhar uma ocupação. Não é fácil criar faculdades de

ciências da saúde com esse propósito, pela possibilidade de que a profissão de maior prestígio, nesse caso a medicina, atraia a maioria dos estudantes e exerça uma influência dominante sobre as outras profissões.

Estudantes matriculados

Os estudantes de medicina não constituem uma amostra representativa da população juvenil, pois certos grupos sociais, por exemplo, as mulheres e os jovens de classe baixa, especialmente dos setores primários e secundários, não estão devidamente representados. Essa composição do corpo estudantil reflete as diferenças de oportunidades educacionais que existem nos diversos estratos sociais em quase todos os países latino-americanos e cuja solução escapa ao controle das autoridades universitárias e depende de mudanças estruturais que sejam realizadas nos países. Porém, as autoridades das escolas de medicina e das universidades devem ter em conta os fatores socioeconômicos, a fim de não aprofundar a discriminação contra certos grupos sociais, o que implica o uso de certos critérios de ingresso e promoção, tais como os exames de conhecimento para admissão no curso.

Essas desvantagens de certos grupos sociais já haviam sido apontadas por Gramsci[25] na década de 1930, quando dizia que

> em uma série de famílias, em particular as de intelectuais, as crianças encontram em casa uma preparação – como prolongação e integração com a vida escolar – absorvendo, como usualmente se diz, do 'ambiente' uma série de noções e atitudes que facilitam sua própria vida escolar: conhecem e desenvolvem o sentido da linguagem literária, como meio de expressão de conhecimentos, com qualidade técnica superior à média da população escolar entre os 6 e 12 anos. De tal modo, os alunos urbanos, somente pelo fato de viverem na cidade, captam, já antes dos 6 anos, um conjunto de noções e atitudes que fazem seu ensino escolar mais fácil, proveitoso e rápido.

O pessoal docente universitário deverá preocupar-se, no futuro, em desenhar novos métodos que permitam corrigir as deficiências educacionais de certos grupos sociais, produto da privação cultural estreitamente ligada às condições socioeconômicas.

O alto percentual de alunos irregulares nas escolas de certos países constitui um problema cuja solução requer estudo cuidadoso de alguns fatores que provavelmente o determinam, como: a) planos de estudos que não requerem do

aluno uma participação em tempo integral, o que o leva a buscar trabalho remunerado, convertendo-o em estudante irregular, pois, em virtude do seu trabalho, nem sempre pode estar presente nas avaliações e ser aprovado no tempo correto; b) tolerância por parte do curso em relação à situação do estudante regular (em algumas instituições não existe limite do número de vezes em que o estudante pode repetir um curso ou uma matéria); e c) fatores puramente acadêmicos, tais como a grande quantidade de matérias em que devem ser aprovados e as dificuldades de serem aprovados em certas matérias que a escola e o chefe da cátedra ou do departamento consideram importantes. Estas, em muitas ocasiões, são utilizadas como mecanismo de seleção.

É provável que o baixo percentual de alunos irregulares em muitas escolas seja devido à mudança do processo de seleção de estudantes vindos de outros níveis educacionais, como parece ser o caso de muitos cursos preparatórios aos exames admissionais para o ensino superior.

É aconselhável que nos países com alto percentual de alunos irregulares seja feito um estudo detalhado das causas e efeitos desse fenômeno, a fim de tomar medidas corretivas baseadas em melhor conhecimento e em critérios mais justos.

Graduados

As escolas de medicina não podem determinar por si só, ou deixar ao acaso, o número de graduados e o tipo de médico que deve formar, sob pena de distorcer a formação de recursos humanos. O número de médicos generalistas e especialistas de um país deve estar subordinado às necessidades determinadas por um plano de saúde nacional, e deve ter-se em conta que essa decisão é uma questão de ordem política. Esse critério se baseia no conhecimento de que a escola é só um dos tantos setores que compõem a sociedade e que sua influência sobre certos fenômenos é limitada. Assim, pois, não é possível formar médicos gerais onde não se tem controle nenhum sobre os fatores sociais que influenciam nisso.

Por outro lado, caso se permita que o número e o tipo de médicos sejam determinados pelo jogo da oferta e da demanda, corre-se o risco de cair em desajustes no sistema de atenção médica, o que pode trazer consequências indesejáveis para a própria profissão médica. Em El Salvador, por exemplo, onde a formação de especialistas não foi planejada, encontramos que um grande número de cirurgiões atende – de acordo com o estudo de Ferrer[26] – um grande percentual de pacientes que não são da sua especialidade e que o número de especialistas nesta área é muito superior ao de outras.

A baixa relação médico-habitantes encontrada em vários países e a perspectiva de que esta não se modifique a curto prazo devem ser motivo de mudanças substanciais no sistema de atenção médica e, por consequência, de modificações na formação dos recursos humanos para a saúde. Mesmo no caso de se querer expandir a formação de médicos, não poderão ser obtidos resultados a curto prazo, já que para sua preparação são necessários um mínimo de seis a sete anos, de acordo com os atuais sistemas educacionais. É imprescindível, pois, reduzir a duração do curso médico, formar outro tipo de pessoal em um período mais curto e/ou delegar algumas das funções do pessoal médico ao pessoal auxiliar se realmente se deseja aumentar a reduzida cobertura atual dos serviços de saúde na maioria dos países.

NOTAS

1 Em uma análise apresentada por Inkeles e Rossi, foi comparado o prestígio das ocupações em seis países (Estados Unidos, Inglaterra, Nova Zelândia, Japão, União Soviética e Alemanha). Observa-se que a profissão médica ocupa uma das mais altas posições em todos eles. Assim, nos Estados Unidos, Nova Zelândia e União Soviética, a profissão médica é a de maior prestígio; na Alemanha ocupa o segundo lugar; e no Japão, o quinto. (INKELES, A.; ROSSI, P. H. National comparisons of occupational prestige. *The American Journal of Sociology*, Chicago, v. 51, p. 329-339, 1956)

2 Em um estudo realizado entre estudantes do primeiro ano da Academia Médica de Varsóvia, Polônia, os autores assinalam que: “Descobriu-se que 83 (29,1%) dos 285 alunos se inscreveram sem sucesso em uma faculdade de medicina e 12 pessoas (4,2%) escolheram outro tipo de ensino universitário. Em conjunto representam 33,3% da amostra. O número parece corroborar a noção geral sobre a atratividade dos estudos médicos e a concorrência séria no vestibular”. No mesmo estudo encontrou-se que 14% dos estudantes disseram que a posição do médico na sociedade – prestígio – foi um dos fatores que influenciaram sua decisão de estudar medicina. (OSTROWSKAY, A.; BEJNAROWICZ, J. The decision to become a medical student. *Social Science and Medicine*, Oxford, v. 4, p. 535-550, 1970)

3 Trata-se dos cursos correspondentes ao *college* ou primeiro ciclo, existente nas universidades que adotam o regime de ciclos, e que, no Brasil, atualmente correspondem aos Bacharelados Interdisciplinares de Saúde, implantados em algumas universidades públicas (N. T.).

4 GINZBERG, E.; GINSBURG, S. W.; AVELRAD, S.; HERMAN, J. L. *Occupational Choice.* New York: Columbia University Press, 1951.

5 Becker diz, a respeito do modelo de escolha ocupacional proposto por Ginzberg e outros, que: “Há muitas evidências de que esse modelo é excessivamente simples e não pode levar em conta muitos dos fenômenos observáveis no movimento real em papéis ocupacionais. Em particular, há dois pontos em que precisa de revisão e ampliações. Em primeiro lugar, sabemos que as escolhas profissionais não são estáveis. As pessoas fazem muitas escolhas que parecem firmes no momento, mas que mais tarde se revelam o que os teóricos da área chamam de ‘pseudoescolhas’. Em segundo lugar, também sabemos que muitas pessoas assumem um papel ocupacional sem nunca terem realmente escolhido fazê-lo. Seria mais preciso que, em vez de escolher sua ocupação, essas pessoas tenham

escolhido apenas no sentido de aceitar o que é essencialmente um 'fato consumado'". (BECKER, H. An analytical model for studies of the recruitment of scientific. Manpower. *Scientific Manpower*, Washington, D.C., 1958)

6 Oswald Hall expressa o seguinte a respeito da ambição e sua relação com a carreira médica: "Uma função de uma ambição é disciplinar a conduta presente em benefício de um objetivo futuro. Uma ambição geralmente é concebida para uma matéria altamente subjetiva, gerada de maneira privada e internalizada como uma pulsão. Presume-se que algumas carreiras profissionais exigem uma grande ambição do tipo duro". (HALL, O. The stage of a medical career. *The American Journal of Sociology*, [*s. l.*], v. 53, p. 327-336, 1948)

7 Em um estudo realizado por Thielens, foi encontrado que a decisão de estudar medicina se dá muito mais precocemente do que a de entrar na escola de direito. O autor identifica três fatores que contribuem nessa diferenciação: os requisitos de admissão para entrar na medicina são mais extensos, os candidatos a medicina têm mais contatos com os representantes de sua futura profissão e os médicos têm mais prestígio na população e melhor remuneração que os advogados. (THIELENS JUNIOR, W. Some comparisons of enfants to medical and law school. *In*: MERTON, R. K.; READER, G. G.; KENDALL, P. (ed.). *The Student Physician*. Cambridge: Harvard University Press, 1957)

8 Ver nota 6.

9 ROGOFF, N. The decision to study medicine. *In*: MERTON, R. K; READER, G. G.; KENDALL, P. (ed.). *The Student-Physician*. Cambridge: Harvard University Press, 1957.

10 WILLIAMS, J. *The professional status of women physicians*. 1940. Tese (Doutorado) – Universidade de Chicago, Chicago, 1940.

11 GINZBERG, E.; GINSBURG, S. W.; AVELRAD, S.; HERMAN, J. L. *Occupational Choice.* New York: Columbia University Press, 1951.

12 Segundo Berelson e Steiner, de acordo com as investigações existentes: "A escolha de uma pessoa é menos uma decisão única do que uma série (parcialmente irreversível) de decisões tomadas principalmente durante a adolescência. Em geral, a escolha é feita precocemente pelos jovens mais brilhantes do que pelos menos brilhantes, e a escolha tende a acompanhar a ocupação do pai, principalmente nas classes mais altas". (BERELSON, B.; STEINER, G. A. *Human Behavior.* New York: Harcourt, Brace and World, Inc. 1964)

13 ROGOFF, N. The decision to study medicine. *In*: MERTON, R. K; READER, G. G.; KENDALL, P. (ed.). *The Student-Physician*. Cambridge: Harvard University Press, 1957.

14 *Banco Interamericano de Desenvolvimento*: Progreso socioeconômico en América Latina. Sétimo Informe Anual. Washington, D. C., 1967.

15 Sautu e Germani encontram no seu estudo sobre irregularidade que "a influência do nível econômico social é, em muitos casos, inexistente e além disso não produz uma sequência coerente (a maior nível, maior regularidade). Certamente, a classe social atua através da proporção que há em cada nível de pessoas com ocupação remunerada. Essa proporção cresce regularmente à medida que se passa do nível alto ao nível baixo. Portanto, na medida em que a menor capacidade econômica obriga a recorrer ao trabalho, ela constitui um obstáculo para cumprir regularmente com os estudos". (SAUTU, R.; GERMANI, G. *Regularidad y Origen Social en los Estudiantes Universitários*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 1965. Colección Estrutura)

16 Existem poucos estudos sobre a mulher profissional na América Latina. Uma das análises sobre o tema é a de Lucy Cohen: Las colombianas ante la renovación universitaria. *Tercer Mundo*, Bogotá, 1971.

17 *Education, Human Resources and Development in Latin America*. New York: United Nations, 1968.

18 Harbisson e Myers descrevem no seu livro *Education, Manpower and Economic Growth* os diferentes métodos utilizados na estimativa de necessidades futuras de pessoal e comentam que: "O aspecto mais difícil da análise de mão de obra é a determinação dos requisitos de longo prazo. Devido ao longo tempo necessário para o desenvolvimento de recursos humanos, os requisitos devem ser estimados com um mínimo de dez anos e preferencialmente com duas décadas de antecedência". (HARBINSON, F.; MYERS, C. A. *Education, Manpower, and Economic Growth.* New York: McGraw Hill Book Company, 1964)

19 Segundo informação recolhida pela Opas/OMS, o número de graduados em 1970 foi de 11.782, muito próximo ao projetado com base na informação obtida em 1967 (ver Figura 32).

20 Rashdall, ao analisar a Universidade de Bolonha, diz que: "O status dos médicos e das universidades médicas de Bolonha sempre permaneceu inferior ao do jurista". (RASHDALL, H. *The Universities of Europe in the Middle Ages.* London: Oxford University Press, London, 1936)

21 Em um estudo realizado na Turquia, foi solicitado aos médicos que ordenassem várias especialidades médicas segundo a impressão que eles tinham sobre a importância que lhes era dada pela opinião pública. Tal ordenamento – segundo os autores – representa uma combinação de como os médicos *desejam* que o público sinta e o que realmente o público pensa. Os autores destacam o fato de que a saúde pública teve uma pontuação baixa em importância. (TAYLOR, C. E.; DIRICA, R.; DEUSCHLE, K. W. *Health Manpower Planning in Turkey*. Baltimore: The Johns Hopkins Press, 1968)

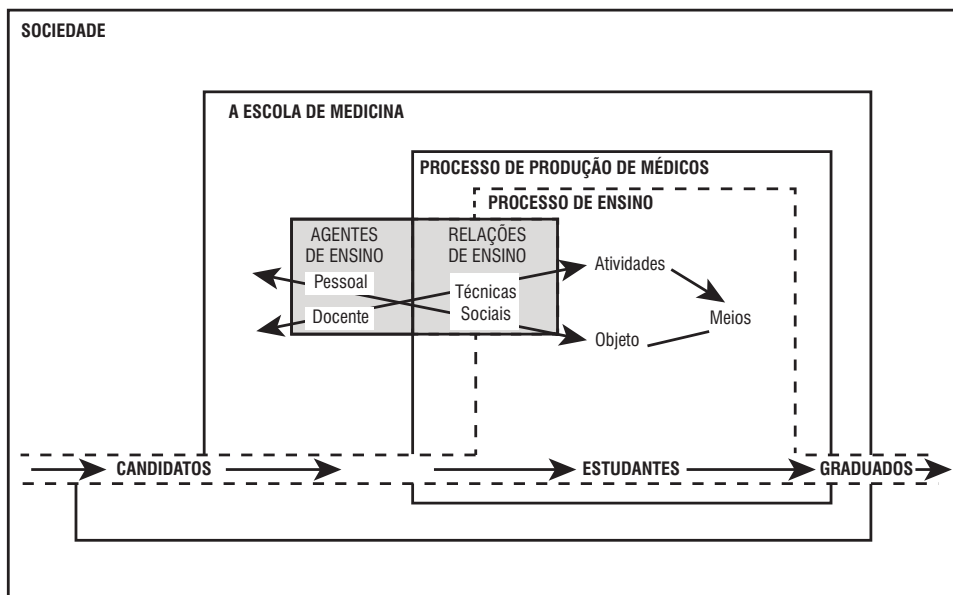
22 Em estudo especial realizado em 15 escolas de medicina dos Estados Unidos, foi solicitado aos estudantes e professores que ordenassem 12 especialidades médicas segundo o prestígio médio que a profissão médica lhes atribuía. (READER, G. G. Development of professional attitudes and capacities. *In*: "The ecology of the medical student". *The Journal of Medical Education*, [*s. l.*], v. 33, n. 10, 1958. Part 2)

23 Em estudo especial realizado em 15 escolas de medicina dos Estados Unidos foi solicitado aos estudantes e professores que ordenassem 12 especialidades médicas segundo o prestígio médio que a profissão médica lhes atribuía. (READER, G. G. Development of professional attitudes and capacities. *The Journal of Medical Education*, [*s. l.*], v. 33, n. 10, 1958. Part 2)

24 A ideia dos "Centros de Ciências da Saúde" – segundo Ferreira – surgiu com a criação das oficinas dos "Deans of Health Sciences" nas universidades norte-americanas, evento que representou um primeiro impulso de integração entre faculdades isoladas de uma mesma área programática. A nova solução – prossegue o autor –, baseada na identidade dos recursos humanos, materiais e técnicos dos distintos cursos e na existência de um campo de aplicação comum a toda a equipe de saúde, estaria representada por uma estruturação técnico-administrativa que, mesmo sendo comum a todas as escolas, permitiria preservar sua identidade através de uma estrutura funcional das tarefas de caráter educacional. (FERREIRA, J. R. El departamento en los centros de ciencias de la salud. *Educación Médica y Salud*, Washington, D.C., v. 5, n. 2, 1971)

25 GRAMSCI, A. *La formación de los intelectuales.* México, DF: Editorial Grijalbo, 1967.

26 Ferres, em um estudo realizado em El Salvador, encontra que a maioria dos pacientes (mais de 50%) dos 63% de especialistas em cirurgia não correspondem a casos cirúrgicos. (FERRER DENIS, J. *Estudio de los recursos de personal médico en la República de El Salvador*. 1969. Tesis (Doctoral) – Universidad de El Salvador, El Salvador, 1969)

SEGUNDA PARTE

Os indivíduos que participam do ensino se relacionam entre si e com seu trabalho de acordo com o papel que desempenham. Assim, o aluno, como tal, deve se vincular com os professores e com os outros estudantes em uma forma preestabelecida ou normatizada, que constitui parte da definição do seu papel. Por conseguinte, os indivíduos que ocupam posições estabelecidas no processo de ensino não se relacionam entre si por serem indivíduos, e sim pelo papel específico que desempenham. As características dessas relações são um dos elementos que definem o modo de formação dos médicos. Samuel Bowles diz o seguinte sobre a importância desse elemento:

> [...] O conteúdo oculto da educação – os valores, as expectativas e os padrões de conduta que a escola estimula – é transmitido primariamente não pelo currículo formal, e sim pelas relações sociais do processo de ensino. O fato de que as relações entre estudantes são competitivas ou cooperativas; o fato de que as relações entre estudantes e professores são democráticas ou autoritárias e o fato de que as relações entre os estudantes e seu

> trabalho são criativas ou alienantes são melhores indicadores do que se ensina nas escolas que os textos ou o currículo formal.[1]

No capítulo 5 são analisadas relações de ensino, especialmente as que se estabelecem entre o professor e o aluno. Este capítulo, apesar da importância do tema, é de menor extensão que outros deste livro devido à escassez de material empírico disponível para análise do tema. A informação que nele se apresenta provém do estudo de alunos de cinco escolas de medicina da América Latina, e sua análise é de caráter exploratório.

A análise das informações sobre os agentes de ensino se encontra intimamente ligada ao estudo das relações de ensino, e é por isso que dedicamos o capítulo 6 ao pessoal docente. Os agentes de ensino, como definidos no primeiro capítulo, são os indivíduos que intervêm no processo de produção de médicos, quer dizer, o pessoal docente, as autoridades das escolas, o pessoal administrativo e auxiliar e os estudantes. Entretanto, no capítulo 6 só se estuda o pessoal docente, porque, no processo atual de produção de médicos, considera-se que essa categoria é a mais importante.

Na educação médica atual, o estudante é conceituado mais como objeto de transformação que como agente de ensino e, por conseguinte, sua análise foi incluída na primeira parte deste livro.

As autoridades das escolas e o pessoal administrativo e auxiliar são agentes indiretos do ensino, e seu estudo corresponde ao capítulo sobre "Sistemas de governo" das escolas de medicina.

NOTA

1 BOWLES, S. Cuban education and the revolutionary ideology. *Harvard Education Review*, Cambridge, v. 41, n. 4, p. 472-500, 1971.

CAPÍTULO 5

AS RELAÇÕES NO PROCESSO DE ENSINO

Os indivíduos que participam no processo de ensino estabelecem certas relações que são produto de sua posição nesse processo. Essas relações podem ser de dois tipos: a) aquelas criadas entre os agentes de ensino e todo o processo de ensino e b) as estabelecidas entre os próprios agentes de ensino. As primeiras são chamadas técnicas e as últimas, sociais.

Essas relações são analisadas de acordo com a dimensão dominação-submissão e dependem do grau em que se possui um determinado conhecimento.[1] Assim, por exemplo, os estudantes se submetem a certas exigências dos professores porque estes possuem certos conhecimentos que aqueles não têm. Os professores, por sua vez, controlam todo o processo de ensino na medida em que têm o conhecimento necessário para fazê-lo. Em ambos os casos o fator de domínio é um conhecimento determinado.

Os conhecimentos podem ser referidos aos aspectos médicos, como o diagnóstico e tratamento de enfermidades, ou aos aspectos educacionais, como o uso apropriado de certos métodos e técnicas de ensino.

Os agentes de ensino, entre os quais são estabelecidas as relações mencionadas, podem ser classificados em duas grandes categorias, de acordo com a posição que ocupam na estrutura de ensino: a) o pessoal docente, possuidores do conhecimento especializado nos dois aspectos mencionados, e b) os estudantes, que carecem desse conhecimento, porém desejam obtê-lo.

Essa distinção entre os agentes de ensino permite redefinir a classificação das relações da seguinte forma:

Relações entre os agentes de ensino e o processo de ensino	a. Relação entre o pessoal docente e o processo de ensino b. Relação entre os estudantes e o processo de ensino
Relações entre os agentes de ensino	c. Relação entre as diferentes categorias de pessoal docente d. Relação entre diferentes grupos de estudantes e. Relação entre o pessoal docente e os estudantes

Neste capítulo são estudadas apenas as relações em que o estudante tem um papel importante, e a análise das relações a) e c) é deixada para o capítulo sobre o pessoal docente.

OS ESTUDANTES E AS RELAÇÕES NO ENSINO

Ao ingressar no processo de ensino, o estudante se submete à autoridade do professor, considerando-a legítima, porque este sabe mais sobre algo que aquele deseja aprender e que se refere, como foi dito antes, aos aspectos médicos e educacionais. Esse modelo teórico explica uma série de fenômenos que são ignorados por aqueles que consideram que a produção de médicos é um simples processo de ensino: transmitir conhecimentos.

Partindo do princípio de que a relação dominação-submissão se baseia na diferença de conhecimentos entre os docentes e o aluno, pode-se supor que, à medida que adquire conhecimentos, o aluno questiona as bases da autoridade do professor.

Efetivamente, em todas as escolas analisadas, a crítica dos estudantes em relação aos seus professores aumenta à medida que avançam no curso, em relação tanto aos aspectos docentes como aos estritamente médicos (Quadros 82a e 82b). Esses dois aspectos estão correlacionados, o que quer dizer que, quando um estudante se sente capaz de diagnosticar melhor que o professor, também se sente capaz de ministrar melhores aulas (Quadro 83).

O sentimento dos estudantes de poder desempenhar o papel de seus professores melhor que alguns deles depende do domínio dos conhecimentos e habilidades característicos da profissão médica que tenham conseguido, já que não é lógico pensar que nos dois últimos anos da formação de todas as escolas estudadas se concentram os piores professores.

Quadro 82a. Porcentagem de estudantes que com frequência pensaram que podiam ministrar melhores aulas que seus professores, segundo escola e ano do curso

Escola	Ano do curso						
	Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto	Sétimo
Universidade do Nordeste (Argentina)	12	20	36	27	40	53	38
Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)	34	28	49	50	40	63	43
Universidade de El Salvador (El Salvador)	10	27		16	49	48	29
Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)	17	15	16	23	26		
Universidade do Oriente (Venezuela)	19	17	16	55	43		

A fim de confirmar esse pressuposto, correlacionamos os sentimentos dos alunos analisados anteriormente com o grau de segurança que tinham ao resolver uma série de situações comuns no exercício profissional (Quadro 84).

As correlações entre as variáveis analisadas são significativas na maioria das escolas analisadas, resultado que reafirma a generalidade da hipótese levantada:

O sentimento do aluno de que poderia dar melhores aulas e fazer diagnósticos mais precisos que alguns de seus professores está associado com o grau de competência técnica; quer dizer, à medida que aumenta a segurança do aluno de poder manejar situações médicas, também aumenta sua crítica a alguns professores em relação às bases que legitimam a autoridade do pessoal docente.

Quadro 82b. Porcentagem de estudantes que algumas vezes, muitas vezes ou frequentemente pensaram que podiam fazer melhores diagnósticos que seus professores, segundo escola e ano do curso

Escola	Ano do curso				
	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto	Sétimo
Universidade do Nordeste (Argentina)	24	20	31	43	44
Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)	34	50	48	76	63
Universidade de El Salvador (El Salvador)		23	63	63	58
Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)	21	48	51		
Universidade do Oriente (Venezuela)	24	47	57		

Quadro 83. Correlação entre a opinião que têm os estudantes de serem capazes de ministrar melhores aulas e de fazer melhores diagnósticos que seus professores

Escola				
Universidade do Nordeste (Argentina)	**Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)**	**Universidade de El Salvador (El Salvador)**	**Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)**	**Universidade do Oriente (Venezuela)**
0,32*	0,41*	0,30*	0,29*	0,46*

* Nível de significância P < 0,01.

Quadro 84. Correlação entre a opinião que os estudantes têm de poder ministrar melhores aulas e fazer melhores diagnósticos que seus professores e o grau de segurança para resolver ou manejar certos problemas médicos, segundo escola

Escola	Grau de segurança para resolver as seguintes situações médicas				
	Aceitar a responsabilidade plena de diagnosticar e tratar pacientes	**Incerteza no diagnóstico e tratamento**	**Atuar precisa e rapidamente em casos de urgência**	**Decidir a terapia adequada**	**Decidir o que se deve fazer em um caso de emergência**
Universidade do Nordeste (Argentina)					
Melhores aulas	0,18*	0,21*	0,15*	0,13*	0,10+
Melhores diagnósticos	0,21*	0,12+	0,10+	0,12*	0,13*
Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)					
Melhores aulas	0,34*	0,09	0,15*	0,06	0,13+
Melhores diagnósticos	0,01	0,18*	0,15+	0,15+	0,15+
Universidade de El Salvador (El Salvador)					
Melhores aulas	0,22*	0,19*	0,05	0,09	- 0,01
Melhores diagnósticos	0,16+	0,12	0,15+	0,17*	0,14+

Escola	Grau de segurança para resolver as seguintes situações médicas				
	Aceitar a responsabilidade plena de diagnosticar e tratar pacientes	Incerteza no diagnóstico e tratamento	Atuar precisa e rapidamente em casos de urgência	Decidir a terapia adequada	Decidir o que se deve fazer em um caso de emergência
Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)					
Melhores aulas	0,18	0,18*	0,08	0,13	0,02
Melhores diagnósticos	0,18	0,24+	0,02	0,01	0,17
Universidade do Oriente (Venezuela)					
Melhores aulas	0,31*	0,26*	0,22*	0,16+	0,02
Melhores diagnósticos	0,23*	0,23*	0,19+	0,22*	0,16+

* Nível de significância P < 0,01. + Nível de significância P < 0,05.

É provável que, à medida que o aluno adquire certa competência profissional, sua relação com os professores se torne conflitiva, dependendo da insistência que o pessoal docente mostre em manter ou estender um poder cuja legitimidade tenha sido parcialmente desautorizada. Esse conflito parece inevitável na estrutura atual das relações de ensino, já que a definição do papel do professor implica autoridade sobre o aluno. Os conflitos e a falta de comunicação entre professores e estudantes não são necessariamente o resultado – como alguns autores consideram – de problemas de personalidade e de empatia, senão de uma estrutura de relações que impede o aluno de dirigir sua própria formação.

Para o estudante, a sensação de não poder controlar sua formação é o resultado lógico da aquisição de competência técnica sob a modalidade atual de formação de médicos (Quadro 85).

O grau de insatisfação e a falta de controle aumentam no estudante à medida que aumenta nele a sensação de poder dar melhores aulas e fazer melhores diagnósticos que seus professores. Esses resultados parecem confirmar a hipótese de que os estudantes mais competentes são os que adquirem consciência da estrutura autoritária das relações de ensino no modo atual de formação de médicos.

Estes resultados parecem contradizer a opinião, comum entre muitos educadores médicos, de que os estudantes incompetentes são também os mais insatisfeitos. Essa opinião se baseia na concepção "funcionalista" predominante na análise da educação médica, na qual um dos conceitos fundamentais é o de socialização. Segundo essa teoria, o estudante adquire paulatinamente os conhecimentos e os valores da profissão durante sua permanência na escola, integrando-se, dessa forma, à comunidade médica.[2] Segundo esse enfoque, os professores aceitariam o aluno como um "colega" no final da formação médica. Novamente, os resultados não parecem confirmar as afirmações feitas por autores pertencentes à escola funcionalista.

Perguntou-se aos estudantes de cinco escolas quantos de seus professores os tratavam como colegas. A porcentagem de estudantes que responderam "todos" ou "a maioria" é muito baixa e não varia significativamente com os anos de formação (Quadro 86).

Quadro 85. Correlação entre a opinião do estudante de poder ministrar melhores aulas e fazer melhores diagnósticos que seus professores e o grau de insatisfação porque não lhes permitem atuar quando acreditam estar capacitados, a sensação de não saber por que lhes exigem certas coisas e a impotência para controlar o que ocorre, por escola

Escola	Sentimento de insatisfação porque a escola não lhe permite atuar quando acredita estar capacitado	Sentimento de impotência para controlar as coisas que lhes ocorrem na escola	Sensação de não saber por que lhes exigem certas coisas na escola
Universidade do Nordeste (Argentina)			
Melhores aulas	0,29*	0,21*	0,15*
Melhores diagnósticos	0,20*	0,08*	0,17*
Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)			
Melhores aulas	0,20*	0,17*	0,19*
Melhores diagnósticos	0,16+	0,04	0,08
Universidade de El Salvador (El Salvador)			
Melhores aulas	0,23*	0,20*	0,24*
Melhores diagnósticos	0,19*	0,11	0,09

Escola	Sentimento de insatisfação porque a escola não lhe permite atuar quando acredita estar capacitado	Sentimento de impotência para controlar as coisas que lhes ocorrem na escola	Sensação de não saber por que lhes exigem certas coisas na escola
Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)			
Melhores aulas	0,22+	0,14+	0,10
Melhores diagnósticos	0,28*	0,13+	0,01
Universidade do Oriente (Venezuela)			
Melhores aulas	0,33*	0,16+	0,27*
Melhores diagnósticos	0,15+	0,09	0,12

* Nível de significância P < 0,01.

+ Nível de significância P < 0,05.

A percepção da maioria dos estudantes sobre a comunidade universitária está muito longe de ser a imagem idealizada de uma corporação de iguais; na realidade se parece mais com um conjunto estratificado, no qual o estudante ocupa o nível mais baixo da hierarquia de poder. A consciência dessa situação é mais clara naqueles estudantes que têm uma maior segurança de suas capacidades profissionais.

Quadro 86. Porcentagem de estudantes que consideram que todos ou a maioria de seus professores os tratam como colegas, segundo escola e ano do curso

Escola	Ano do curso						
	Primeiro	Segundo	Terceiro	Quarto	Quinto	Sexto	Sétimo
Universidade do Nordeste (Argentina)	18	11	4	21	4	6	12
Universidade de San Francisco Xavier de Chuquisaca (Bolívia)	10	11	3	7	10	17	13
Universidade de El Salvador (El Salvador)	31	26		19	2	7	22
Universidade Nacional da Nicarágua (Nicarágua)	22	23	20	24	35		
Universidade do Oriente (Venezuela)	3	4	10	10	10		

Bowles resume as características do processo de ensino atual da seguinte forma:

> [...] ao estudante é negado o controle do processo educacional, e seu êxito é medido por um padrão externo – notas e qualificações em exames – que chega a constituir a maior motivação do seu trabalho, de forma tal que se eclipsa qualquer interesse intrínseco no produto do próprio esforço – o conhecimento – ou no processo de produção – a aprendizagem [...].[3]

CONCLUSÕES

A informação disponível parece confirmar a teoria que dá importância à estrutura das relações que surgem no processo de ensino.

Os dados analisados até agora contradizem a imagem de um processo gradual de aquisição, por parte dos estudantes, de valores e atitudes. Pelo contrário, tudo parece indicar que no processo de ensino há pelo menos dois grupos bem definidos e com interesses diferentes: professores e estudantes. Eles são separados por uma diferença de poder, que não diminui ao longo dos anos e da qual os estudantes parecem se conscientizar à medida que dominam o conhecimento médico.

A chamada cultura estudantil e a mudança da atitude dos estudantes, de uma atitude idealista a uma cínica, marcariam a maior conscientização dessa diferença de poder cuja legitimidade é questionada com o passar dos anos. A posição do estudante na estrutura da sociedade e no ensino gera certos valores que são opostos aos de seus professores. Mudanças de atitude e adoção de certos mecanismos para participação do alunado podem reduzir, porém não eliminar, essa diferença de poder, enquanto as atuais relações de ensino forem mantidas.

Essa situação do estudante explicaria alianças recentes entre estudantes e professores de nível acadêmico mais baixo, a fim de romper certas superestruturas. Essa atitude se deve ao fato de o corpo docente também ser estratificado com base no conhecimento. Devido ao maior contato com os estudantes e ao melhor conhecimento da cultura estudantil, os docentes situados em uma posição intermediária na hierarquia criam uma liderança que não pode ser exercida pelos professores de posição mais elevada.

As relações de ensino constituem o aspecto fundamental de toda mudança educacional profunda. O tipo de mudança desejável foi indicado, em parte, no capítulo sobre "Plano de estudos" e se refere à transformação do papel de professor em um consultor, com autoridade restrita, e à criação de condições para que o estudante possa controlar sua própria formação.

São poucos os exemplos ou propostas de experiências educacionais que contemplem um novo tipo de estrutura de relações no âmbito universitário. Boggs[4] propõe um modelo de ensino para o nível secundário que poderia ser adaptado para a educação superior e que supõe um novo tipo de relação entre professor e aluno:

> O programa educacional ou currículo não deveria consistir em matérias como inglês ou álgebra ou geografia. A escola deve ser mais bem estruturada em grupos de jovens que se reúnam em oficinas e trabalhem em equipes. Estes devem ser estimulados para: 1) identificar as necessidades ou problemas da comunidade; 2) escolher uma certa necessidade ou problema da comunidade; 3) planejar um programa para sua solução; e 4) executar os passos envolvidos no plano.

Ao levar a cabo tal plano, o estudante adquire de forma normal e natural, como parte do processo, uma série de habilidades e conhecimentos.

Ao tomar a comunidade como laboratório, os estudantes não estariam restritos às salas de aulas, e estas constituiriam parte da comunidade, o inverso do que ocorre na atualidade. *Nesse modelo de ensino os alunos têm a oportunidade de exercer responsabilidade para identificar problemas e propor e testar soluções, e os professores de atuar como conselheiros, consultores e instrutores em habilidades específicas.*

A aplicação do modelo descrito, ou outros parecidos, deveria, de acordo com as investigações educacionais, acelerar e melhorar o processo de aprendizagem e evitar os conflitos inerentes ao modo atual de formação de médicos. Entretanto, para realizar tais experiências deve haver um desenvolvimento paralelo dos materiais ou instrumentos de ensino.[5]

NOTAS

1 A relação professor-aluno foi analisada utilizando diversos enfoques segundo a corrente teórica do investigador. Geer descreve o modelo clássico da seguinte forma: "Uma visão convencional do ensino sustenta que duas pessoas são essenciais. Além disso, deve haver um entendimento entre os dois de que um sabe mais sobre algo do que o outro e deve transmiti-lo. De acordo com essa visão, o ato de ensinar é um processo simples: é dar ou transmitir conhecimento. A visão convencional nos fornece um modelo plausível. Sugere noções populares do que pode dar errado: o ensino ruim ocorre quando os professores têm pouco conhecimento ou muito pouca habilidade para transmitir o conhecimento que possuem. No entanto, o modelo não é satisfatório. Ao referir-se apenas ao professor, negligencia a interação entre professor e aluno e não explica a resistência universal, ainda que intermitente, dos alunos, a hostilidade, às vezes alternada com admiração e amor, tantas vezes dirigidas

aos professores. Pois há um conflito no ensino; é um processo arriscado e cheio de tensão. A resistência ao ensino ocorre entre os alunos que são capazes e ansiosos para aprender; ocorre quando os professores ensinam bem. Não se limita às escolas, mas ocorre frequentemente nas situações informais de ensino da vida cotidiana". (GEER, B. Teaching. *In*: INTERNATIONAL Encyclopedia of the Social Sciences. [*S. l.*]: The MacMillan and The Free Press, 1968. v. 5) Uma revisão da literatura sobre a sociologia da educação médica e as correntes que orientaram certas investigações, como as que têm sido feitas sobre o estudante de medicina, podem ser encontradas no artigo de Samuel W. Bloom: The sociology of medical education. *The Milbank Memorial Fund Quaterly*, New York, v. 43, 1965. Daniel J. Levinson tratou de definir um marco teórico geral dentro do qual podem se inter-relacionar diversos estudos, conceitos e problemas. (LEVINSON, D. J. Medical education and the theory of adult socialization. *Journal of Health and Social Behavior*, New York, v. 8, n. 4, p. 253-265, 1967)

2 A investigação sobre estudantes de medicina realizada por Merton e colaboradores é um exemplo de estudo orientado por uma teoria funcionalista. Esses autores supõem a existência de uma "cultura" compartilhada pelos membros que compõem a escola de medicina e entendem por socialização o processo pelo qual os estudantes adquirem essa "cultura". A respeito disso, Merton e demais autores afirmam que: "Os alunos aprendem não apenas por preceito, ou mesmo por exemplo deliberado; eles também aprendem – e muitas vezes pode ser o aprendizado mais duradouro – com o envolvimento sustentado nessa sociedade de equipe médica, colegas e pacientes que compõem a escola de medicina como uma organização social". (MERTON, R. R.; READER, G. G.; KENDALL, P. L. *The student Physician*. Cambridge: Harvard University Press, 1957)

3 BOWLES, S. Cuban education and the revolutionary ideology. *Harvard Educational Review*, Cambridge, v. 41, n. 4, p. 472-500, 1971.

4 OGGS, G. Education – The great obsession. *Monthly Review*, New York, v. 22, n. 4, 1970.

5 Sobre este aspecto Skinner aponta que, "Para adquirir comportamento, o aluno deve se engajar no comportamento. Isso é conhecido há muito tempo. O princípio está implícito em qualquer filosofia de aprender fazendo. Mas não basta simplesmente reconhecer sua validade. As máquinas de ensino fornecem as condições necessárias para aplicar o princípio de forma eficaz". (SKINNER, B. F. Why we need teaching machines. *Harvard Educational Review*, Cambridge, v. 31, n. 4, 1961)

CAPÍTULO 6

O PESSOAL DOCENTE

O pessoal docente é o agente de ensino característico do atual processo de produção de médicos e, como tal, estabelece relações com o processo de ensino e com o objeto de ensino: o estudante. Os fatores de controle ou domínio nessas duas relações são, como explicitamos no capítulo anterior, determinados conhecimentos e habilidades manuais que podem ser classificados em: a) aspectos médicos e b) aspectos educacionais.[1]

A forma atual de ensino impede que um indivíduo adquira todo o corpo de conhecimentos contemplados no processo global de ensino, e isso se deve fundamentalmente à fragmentação do ensino em muitas áreas, cada uma das quais com uma grande quantidade de conhecimentos e habilidades. Para poder dominar e transmitir o conhecimento acumulado em cada área, tornou-se essencial que o corpo docente se especializasse, criando a situação paradoxal da formação de médicos gerais ser feita por médicos especialistas.

Esse fenômeno ocorre porque a estrutura da educação médica faz com que o conteúdo do ensino reflita o que ocorre no campo médico. Assim, todo novo conhecimento e especialização da profissão médica é incorporado ao ensino sem uma avaliação prévia da importância que pode ter na formação do médico geral. Uma vez que o processo de ensino tem sido dividido em especialidades, é lógico pensar que a pessoa encarregada da docência seja também a que mais sabe em sua área, pois o domínio na estrutura de relações de ensino se baseia na quantidade e qualidade dos conhecimentos que se possui.

Com a especialização, o pessoal docente perde o controle do processo de ensino global à medida que aumenta seu domínio em uma área específica. Assim, o neurofisiologista, por exemplo, não só deixa de ser competente no ensino da clínica médica, senão também no de fisiologia geral.

As relações que o pessoal docente estabelece com o processo e o objeto do ensino se reproduzem nas relações entre os membros da equipe docente, e é assim que, em uma mesma área de conhecimento, são criadas hierarquias entre os professores de acordo com o domínio de conhecimentos que cada um tenha na área. O professor se orienta, então, para a aquisição e produção de novos conhecimentos e habilidades, despreocupando-se do aspecto docente, já que sua posição na estrutura acadêmica depende do grau em que domina sua área específica. Assim, o critério de promoção na hierarquia acadêmica e administrativa é a produção científica, e não a competência pedagógica.

Esse desenvolvimento do ensino médico atingiu sua máxima expressão na Alemanha do século XIX e nos Estados Unidos no presente século, com a chamada liberdade de ensino e de aprendizagem. A estrutura de relações entre o pessoal docente nesse sistema é altamente competitiva e autoritária e pode levar, como apontam alguns autores, a altos níveis de produtividade científica. A maneira como esse ensino é adquirido foi comparada a um supermercado no qual o consumidor pode escolher entre vários produtos padronizados e combiná-los de acordo com suas próprias necessidades, sem ter participado de sua produção nem tampouco, o que é mais importante, na determinação do tipo de produto mais adequado para consumo.[2]

Na América Latina, embora a estrutura das relações da educação médica seja a mesma dos países citados, a divisão do pessoal docente não atingiu os níveis de especialização mencionados, devido ao fato de que o desenvolvimento do campo médico que a determina também se encontra retardado.

CLASSIFICAÇÃO DO PESSOAL DOCENTE

A divisão do corpo docente em várias categorias hierarquicamente ordenadas ocorre mais lentamente na educação médica latino-americana do que em outros países, por exemplo, Alemanha e Estados Unidos.

A divisão do corpo docente em várias categorias está relacionada ao modo de formação dos médicos e ao grau de desenvolvimento que um determinado tipo de produção de médicos alcança. Assim, quando o modo de produção era do tipo mestre-aprendiz (até 1808) só havia um tipo de docente, que era o mestre-cirurgião (Quadro 87).

Quadro 87. Tipo de pessoal docente na educação médica brasileira segundo período histórico*

Período histórico	Tipo de instituição	Tipo e designação do pessoal docente
Período colonial até 1808	Aulas de cirurgia (na casa do mestre ou em hospitais)	Mestre-cirurgião
1808-1813	Escolas de Cirurgia (Bahia e Rio de Janeiro)	Lentes
1813-1832	Academias Médico-cirúrgicas	Lentes e substitutos
1832 (Decreto de criação das faculdades)	Faculdades de Medicina (Bahia e Rio de janeiro)	Lentes e substitutos
1854 (Reforma Visconde Bom Retiro)	Faculdades de Medicina	Lentes e opositores Preparadores
1879 (Reforma Leôncio de Carvalho)	Faculdades de Medicina	Lentes e substitutos (Adjuntos em 1883) Preparadores Ajudantes Conservadores
1884 (Reforma Visconde Saboia)	Faculdades de Medicina	Lentes e adjuntos Preparadores Assistentes Ajudantes Conservadores

* Retirado de SANTOS FILHO, Lycurgo. *História da medicina no Brasil*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1947.

Quando muda o modo de produção, fazendo-se massivo, modificam-se a estrutura de relações e a denominação do pessoal docente, e à medida que esse sistema se desenvolve, começa uma divisão desse pessoal. As primeiras divisões não refletem diferenças em volume de conhecimentos senão diferenças na importância das disciplinas. Assim, os professores que ensinavam pela manhã gozavam de maior prestígio que os que o faziam à tarde (cátedras de medicina de prima e vésperas). Essa hierarquização é observada quando se estuda a carreira dos professores de medicina durante o período colonial: começavam a ensinar na cátedra de anatomia e cirurgia, passando logo à de véspera e, mais tarde, se estava desocupada, a de prima.

Na universidade medieval já existia a divisão em aulas ordinárias e aulas extraordinárias, com o objetivo de distinguir o que se considerava essencial nos textos de ensino oficial. Essa denominação se difundiu rapidamente e se estendeu para classificar o pessoal docente, prática que persiste até nossos dias. As aulas ordinárias e a cátedra de prima correspondiam às disciplinas teóricas, que eram as de maior prestígio.[3]

Nas cátedras com menos conteúdo teórico é onde aparece uma divisão interna do professorado com base na diferença de graus de conhecimento. Assim, em anatomia surgiu a função de preparadores que, em certa medida, corresponde à divisão entre o trabalho manual e o intelectual, já que o professor de maior categoria se encarregava dos aspectos teóricos e deixava aos ajudantes o trabalho manual. Ainda hoje os coordenadores de trabalhos práticos ocupam um nível inferior na hierarquia acadêmico-administrativa e geralmente não recebem a designação de professores. Outra divisão contemporânea é aquela entre os professores efetivos e substitutos, cujo significado precisa ser esclarecido.

A quase totalidade (95%) das escolas de medicina com curso completo na América Latina classifica seu pessoal docente em diversas categorias, processo que, em algumas delas, chega a ser muito complexo. As cinco que não os classificam são relativamente pequenas e suas estruturas administrativas e sistemas de governo são muito semelhantes.

A maioria das escolas que têm diversas categorias de pessoal docente o separa, em primeiro lugar, em professores e auxiliares. Os critérios que regem essa classificação variam nas diferentes escolas e, assim, em algumas correspondem à divisão entre estudantes docentes ou recém-graduados e profissionais com curso de pós-graduação e, em outras, a categoria de auxiliares representa a etapa prévia ao ingresso na carreira docente. O grau de responsabilidade docente não parece ser um critério comum para distinguir essas categorias; em algumas das escolas os auxiliares executam funções similares a de algumas categorias de professores inferiores.

Em algumas escolas a participação dos alunos na docência é importante em número e grau, como é o caso do ensino médico em Cuba e na Bolívia. A colaboração dos alunos na docência representa, além de uma ajuda à docência, um mecanismo de seleção de futuros professores.

A categoria de professor se subdivide, por sua vez, em professores ordinários e extraordinários, e essa classificação remonta, como se viu anteriormente, à universidade medieval. Os professores ordinários são funcionários de carreira, enquanto os extraordinários não formam parte do corpo regular e estável das escolas de medicina. Assim, a maioria das escolas designa como extraordinários os professores contratados, docentes livres, os visitantes e, em alguns casos, os que têm títulos honoríficos, tais como professor emérito, honorário ou consultor.

Ocasionalmente, professores extraordinários têm sido usados para aumentar o número de professores sem ter que se ajustar o montante do pessoal docente aos requisitos mais rígidos exigidos para a nomeação de professores ordinários.

O conceito de docente livre, que em várias escolas se considera como professor extraordinário, varia nos diferentes países. No Brasil, esta categoria se assemelha ao *private docent* da universidade alemã e, até muito recentemente, constituía um antecedente indispensável para a submissão ao concurso de professor ordinário. Em outros países representa uma categoria de menor importância e não constitui uma etapa obrigatória para a carreira docente.

A classificação entre professores ordinários e extraordinários não constitui uma hierarquia acadêmica, pois é uma divisão entre o pessoal de carreira e outras categorias de pessoal.

Os professores ordinários, ou simplesmente professores, representam o grupo mais numeroso e importante do corpo docente e estão classificados em diversas categorias, ordenadas hierarquicamente, segundo o grau de competência técnica em uma dada área do conhecimento médico.

De modo geral, a categoria dos professores contempla três níveis e chega a um máximo de cinco nas escolas venezuelanas (Quadro 88). Em alguns países, como México, o número e a denominação dos níveis variam entre as escolas; enquanto em outros, como Brasil e Venezuela, todas as escolas apresentam mais ou menos um mesmo padrão. Isso depende fundamentalmente da existência ou não de leis nacionais ou federais que estabeleçam em detalhe a organização da educação superior; no México, por exemplo, onde não existem tais leis, as escolas apresentam grande diversidade na sua organização.

Quadro 88. Número de escolas com curso completo segundo níveis em que se divide a categoria de professores por países, 1967

País	Número de níveis da categoria de professores					
	Um	Dois	Três	Quatro	Cinco	Total
Argentina		1	8			9
Bolívia		3				3
Brasil			31			31
Colômbia			5	2		7
Costa Rica			1			1
Cuba		2				2
Chile		1	2			3
Equador			3			3
El Salvador			1			1
Guatemala		1				1

País	Número de níveis da categoria de professores					
	Um	Dois	Três	Quatro	Cinco	Total
Haiti			1			1
Honduras		1				1
Jamaica			1			1
México	5	9	6	1		21
Nicarágua				1		1
Panamá			1			1
Paraguai			1			1
Peru*			4			4
República Dominicana			1			1
Uruguai		1				1
Venezuela					6	6
Total	5	19	66	4	6	100

* Decreto-Lei nº 17.437, de setembro de 1969.

As leis nacionais de educação superior aboliram a tradição que existia na maioria dos países latino-americanos de que a universidade chamada nacional constituía o modelo que o resto das universidades deveria adotar. Com a eliminação dessa forma de padronização, e na ausência de uma lei nacional ou federal para substituí-la, cada escola começou a estabelecer suas próprias condições de ensino.[4]

A diversidade de situações entre as escolas de um país e a homogeneidade no caso de outras dificultam qualquer análise comparativa, já que não é possível conhecer até que ponto o número e o tipo de categorias de pessoal docente correspondem às condições de ensino médico da escola ou do país.

Os três níveis mais frequentes para a categoria de professor, em ordem decrescente, são: titular, adjunto ou associado e assistente ou auxiliar. A denominação de professor titular revela a íntima conexão que existe entre a hierarquia acadêmica e a administrativa. Assim, na maioria das escolas, chegar a ser professor titular significa ocupar o cargo de chefe da cátedra ou de departamento.

A diferenciação e relativa independência entre a hierarquia acadêmica e a administrativa é um fenômeno novo que surge com a introdução de duas inovações: a dedicação em tempo integral e o sistema departamental. A integração de várias cátedras para formar um departamento deu origem a uma série de problemas de política interna, pois resultou na presença, em uma mesma unidade,

de vários titulares ou catedráticos com aspirações a ocupar a liderança. Algumas escolas resolveram esse conflito favorecendo aqueles docentes que, trabalhando em tempo integral, estavam dispostos a assumir funções administrativas; em alguns casos eram professores que tinham um nível acadêmico inferior aos titulares.

No Brasil, esse problema suscitou calorosas discussões, revelando que o problema da carreira docente estava intimamente relacionado com o tipo de estrutura administrativa adotada. Assim apontou o conselheiro Rocha e Silva quando disse, em uma discussão no Conselho Federal de Educação do Brasil, que "[...] quando duas ou mais cátedras se reúnem num departamento, o que se está criando é uma supercátedra, e o problema que se apresenta é o de escolher quem vai ser, dentre os catedráticos preexistentes, o supercatedrático que tomará conta da supercátedra que é o departamento".[5]

A disputa de poder causada pela mudança de uma estrutura administrativa para outra expôs a íntima relação que existia até então entre a estrutura acadêmica e administrativa. A nova estrutura administrativa eliminou o caráter vitalício da posição de professor titular e levou à adoção de um sistema de governo colegiado das unidades docente-administrativas. Entretanto, o problema não foi totalmente resolvido, pois nas universidades que afirmam ter reformado sua estrutura administrativa ainda persiste a correspondência entre as duas dimensões mencionadas. Essas reformas seguiram o modelo norte-americano de sistema departamental no qual aparentemente existe uma diferença entre a hierarquia acadêmica e administrativa, porém na realidade não é assim, pois os professores de nível mais alto mantêm o poder nas unidades administrativas. E não pode ser de outra maneira, uma vez que, como a estrutura das relações de ensino continua a mesma, as mudanças são apenas de forma.

A carreira docente representa a institucionalização dessa hierarquia dos professores, baseada no grau de conhecimento que eles possuem sobre uma determinada matéria. É caracterizada pelo requisito de que, para ocupar um cargo, o professor deve ter ocupado o cargo imediatamente inferior por um certo tempo. A entrada na carreira se faz geralmente por intermédio de concursos ou pela designação do chefe da unidade administrativa, com a exigência de o candidato possuir um grau universitário. A promoção toma diversas formas: a) o concurso, b) a apresentação de trabalhos científicos e c) a revisão da atuação e produção do professor.

Quando não existe a carreira docente, a designação do professor pode ser feita por concurso público ou por nomeação direta das autoridades, com recomendação prévia dos chefes de unidades docentes.

O concurso público é a forma mais antiga de promoção e contratação de professores na América Latina e consiste em uma série de provas de ordem científica

e educacional. Neste último aspecto se avalia geralmente a forma que o professor dita uma aula magistral. Os candidatos são julgados por um grupo de professores e algumas escolas incluem também estudantes.

Cabe recordar que, em Bolonha e durante os tempos coloniais na América Latina, eram os estudantes que integravam a banca examinadora.[6]

A apresentação de trabalhos e a análise do currículo por comissões especiais ou pelas autoridades das escolas e da universidade são formas novas de avaliação e designação dos professores, e é assim que os de maior nível acadêmico conservam uma forte influência.

NÚMERO E DEDICAÇÃO DOS PROFESSORES DE MEDICINA

Em 1968, 97 escolas de medicina latino-americanas com curso completo contavam com os serviços de 20.833 professores.

Do total de professores das escolas analisadas, 20% desempenhavam suas funções em tempo integral – alguns em dedicação exclusiva – e destinavam mais de 36 horas semanais a essa atividade; 14% dedicavam entre 20 e 35 horas; e 66% menos de 19. O tempo que os professores dedicam à docência é um dos fatores de maior influência nas características do sistema educacional médico. Essa dedicação, considerada essencial para a qualidade do ensino, constituiu, portanto, uma área destacada na análise da educação médica. Nesse sentido, observamos que a maioria das escolas da região teve um considerável aumento no número de professores em dedicação exclusiva e tempo integral durante os últimos anos, porém ainda estão muito longe de chegar aos níveis que se consideram ideais (Quadro 89).

Quadro 89. Porcentagem de incremento no número de professores de morfologia e ciências fisiológicas em 68 escolas de medicina entre 1957 e 1967, segundo tipo de dedicação

Tipo de dedicação	Disciplina	
	Morfologia	Ciências fisiológicas
Dedicação exclusiva (mais de 36 horas semanais)	126	194
Jornada completa (mais de 36 horas semanais)	528	176
Jornada parcial (menos de 36 horas semanais)	54	73
Total	74	105

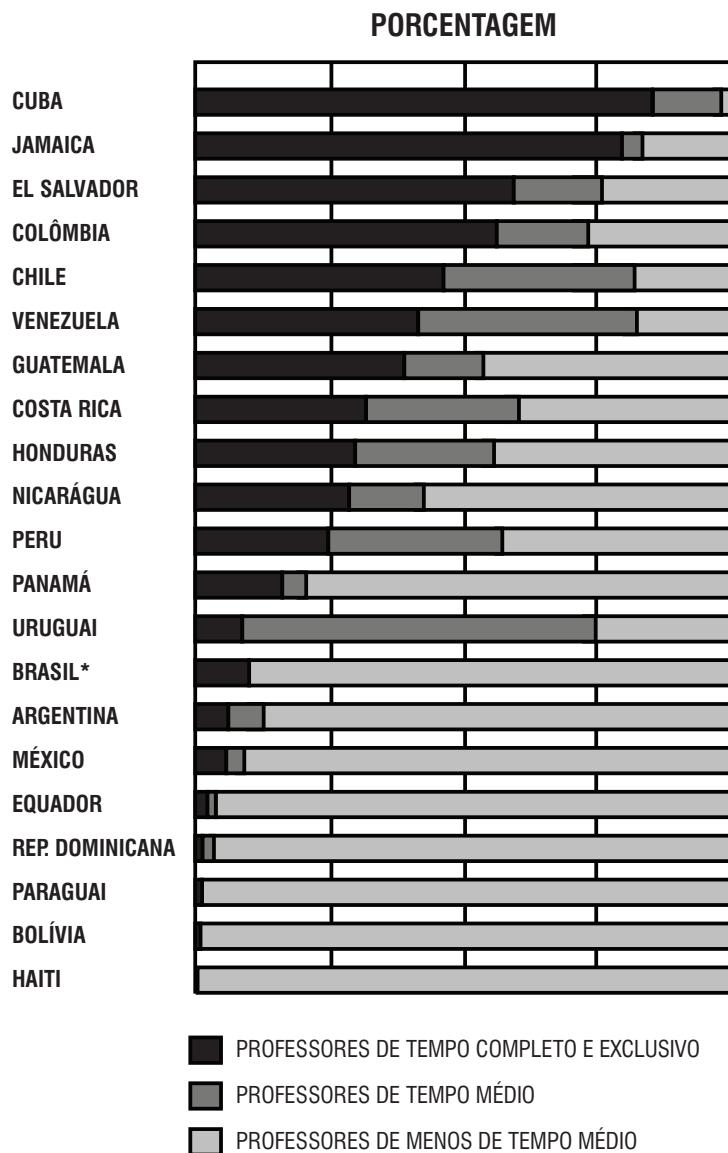
Efetivamente, o aumento conseguido durante os últimos dez anos foi tão notável que a fisiologia, sozinha, dobrou o número de professores. Entretanto, como o número de estudantes também aumentou durante esse período, a relação numérica professor-aluno não sofreu grandes variações.

Essa mudança, portanto, foi do tipo qualitativo mais que quantitativo, já que aumentou o número de professores em tempo integral em relação a outras categorias docentes.

Isso significa que agora existe um número maior de professores cuja principal atividade é acadêmica e que suas ambições pessoais estão direcionadas nesse sentido. Entretanto, a maioria dos professores das escolas de medicina não tem as atividades docentes como interesse central, sendo que uma das razões que dificulta o aumento substantivo de professores em tempo integral é que o trabalho universitário na América Latina é percebido como de alto prestígio, porém de baixa remuneração, razão pela qual essa atividade é secundária e adicional ao exercício profissional.

Até agora, as vantagens de ter professores em tempo integral eram aceitas como um dogma, porém alguns educadores se perguntam até que ponto essa tendência afasta do ensino aqueles profissionais que estão em contato diário com a realidade médica, o que tem como consequência o ensino ficar isolado em um ambiente artificial. A tendência de aumentar o número de professores em período integral foi estimulada pelo modelo de ensino norte-americano e, portanto, teme-se que esses professores, como seus colegas da América do Norte, orientem-se para a pesquisa e deixem o ensino e o serviço de lado. Essa situação já pode ser observada em muitas escolas que possuem um grande número de professores em tempo integral, principalmente nas ciências básicas. O grupo de referência desses professores são os grupos profissionais, cujas publicações em periódicos estrangeiros constituem o critério de reconhecimento, e isso pode trazer como consequência um enfraquecimento da lealdade para com a escola e o ensino. A integração do ensino, dos serviços e da pesquisa pode ser uma solução para esse problema, uma vez que ofereceria ao aluno a oportunidade de observar o trabalho integrado nas três áreas.

Ao analisar a situação por países (Figura 33), observa-se uma ampla variação a respeito do tempo que o professor de medicina dedica ao exercício do seu cargo. A porcentagem de professores em tempo integral varia de 0 a 80; Cuba e Jamaica em um extremo, com mais de 70% de seus professores em tempo integral, e Haiti, onde não há nenhum professor que desempenhe funções nessas condições, no extremo oposto.

Figura 33. Distribuição percentual dos professores de medicina da América Latina, segundo dedicação (escolas com curso completo), 1967

* Foram incluídas 28 das 31 escolas com curso completo.

No caso de Cuba, deve-se acrescentar que os professores de tempo integral têm responsabilidades tanto de serviço como de ensino e pesquisa, o que as torna, devido à forma como estão integradas, difíceis de separar.

A variedade do número e da dedicação dos professores não permite uma comparação da relação professor-aluno entre escolas e entre países. Assim, uma escola com alto percentual de professores em tempo integral, mas com um pequeno número deles, pode ter a mesma capacidade docente, em termos de atividades desempenhadas, que uma escola com muitos professores, mas baixa porcentagem deles em tempo integral.

Para obter uma medida comparável da relação professor-aluno, reduziu-se o número total de horas por professor ao número equivalente de professor em tempo integral.[7] Ao dividir o número total de alunos pelo número de professores em tempo integral, obteve-se a relação "estudantes por professor em tempo integral" (Quadro 90).

A proporção de 11 estudantes por professor em tempo integral em 97 escolas latino-americanas é baixa se comparada à de 1,6 estudantes por professor em tempo integral nas escolas de medicina norte-americanas. Entretanto, esses números não especificam quanto desse tempo integral é dedicado, nos Estados Unidos, para o ensino e quanto para a pesquisa, ainda que saibamos que a proporção de tempo dedicado à pesquisa é muito alta. É possível, portanto, que a diferença seja apenas aparente, já que os professores em tempo parcial na América Latina dedicam a totalidade do seu tempo ao ensino.

As diferenças na relação estudantes por professor em tempo integral observadas nos países estudados revelam a disparidade existente em seus sistemas de ensino, ainda que, pelas razões indicadas anteriormente, seja difícil saber até que ponto essa relação pode ser um indicador da quantidade de atividade docente. Salvo no caso de Cuba, onde o ensino se encontra integrado aos serviços de saúde – ao menos na etapa clínica –, no resto dos países latino-americanos a aprendizagem se faz em instituições relativamente isoladas dos sistemas de atenção médica.

As escolas de medicina do Chile e Colômbia, que em muitos aspectos adotaram as características do modelo da escola norte-americana, são as que têm a melhor relação quantitativa de estudantes por professor.

A distribuição do pessoal docente nas diferentes áreas que compõem o plano de estudos demonstra que a maior proporção de professores se encontra no período clínico. Entretanto, a proporção de tipos de professor segundo tempo de dedicação difere segundo a área.

Quadro 90. Estudantes por professor equivalente em tempo integral segundo país, 1968

País	Estudantes por professor equivalente em tempo integral
Chile	2,6
Colômbia	3,5
Costa Rica	3,7
Honduras	3,8
El Salvador	4,0
Peru	4,0
Jamaica	5,5
Cuba	5,8
Guatemala	6,1
Nicarágua	6,6
Panamá	6,7
Venezuela	6,8
Brasil*	7,1
Paraguai	9,0
Uruguai	12,0
México	19,4
Equador	20,0
Argentina	27,2
Bolívia	31,1
Haiti	34,6
República Dominicana	52,8
Total	11,0

* Inclui 28 escolas das 31 que têm curso completo.

A diferença que se observa entre a distribuição percentual do pessoal docente e a das horas de ensino por aluno se reduz quando se calculam as horas de docência a partir do número de professores (Quadro 91). Essa diferença se deve ao fato de que o número de professores em regime de tempo integral, em meio período e menos de meio período varia segundo a área de ensino (Quadro 92).

Quadro 91. Distribuição percentual do pessoal docente, das horas de docência e das horas de ensino por aluno segundo área de ensino, 1967

Áreas de ensino	Pessoal docente	Horas de docência	Horas de ensino por aluno
Ciências básicas médicas (morfologia e ciências fisiológicas)	18	21	25
Área pré-clínica (patologia, microbiologia e parasitologia)	9	10	11
Área clínica (medicina e cirurgia e suas especialidades, pediatria, obstetrícia e ginecologia e psiquiatria)	69	64	59
Medicina preventiva e social	4	5	5
Total	100 (20.833)	100 (337.576)	100 (5.288)

Embora em todas as áreas predominem os professores em tempo parcial, nas áreas básicas e pré-clínicas o percentual de professores em tempo integral é muito maior. O significado que essas distribuições têm no andamento da escola e na formação dos médicos é algo que não se sabe e que valeria a pena estudar com mais profundidade. O predomínio numérico dos professores da área clínica pode ter um grande impacto no sistema de governo da escola, mas um número menor de professores como os de ciências básicas, que permanecem mais tempo na escola, pode, em última instância, assumir o controle da escola. A isso devemos agregar que a separação física do lugar de trabalho entre os clínicos e os professores de ciências básicas e a proximidade da administração da escola ao lugar de trabalho dos últimos podem contribuir para que os professores de ciências básicas exerçam maior influência nas decisões que a escola deve tomar. De fato, pode-se observar que, em escolas com um elevado percentual de professores em tempo integral, estes estão controlando muitas das decisões, em especial o orçamento da faculdade.

Quadro 92. Porcentagem de professores de 97 escolas com curso completo segundo dedicação e área de ensino, 1968

Área de ensino	Tipo de dedicação			
	Tempo integral	Meio período	Menos de meio período	Total
Ciências médicas básicas	30	11	59	100 (3.820)
Pré-clínicas	31	10	59	100 (1.780)
Clínicas	16	16	68	100 (14.292)
Medicina preventiva e social	27	11	62	100 (942)
Total	20	14	66	100 (20.834)

Quando se analisa o percentual de professores por dedicação segundo as disciplinas que integram as áreas de ensino, observa-se que as ciências fisiológicas têm maior número de professores em tempo integral (Quadro 93). Isso se explica porque os professores nesse ramo da medicina, em geral, são pesquisadores e, como a investigação nesse campo está circunscrita, na América Latina, à escola de medicina, esses professores podem aceitar trabalho de dedicação exclusiva. De fato, foram esses profissionais que estimularam a criação de vagas em tempo integral nas escolas de medicina.

Quadro 93. Porcentagem de professores de escolas com curso completo segundo tipo de dedicação e disciplina, 1967

Disciplina	Tipo de dedicação				
	Número de escolas analisadas*	Tempo integral	Meio período	Menos que meio período	Total
Morfologia	94	21	14	65	100 (1.680)
Fisiologia	98	38	8	54	100 (2.107)
Patologia	85	30	10	60	100 (824)
Microbiologia e parasitologia	65	37	10	53	100 (671)
Medicina	78	14	13	73	100 (4.985)
Cirurgia	91	15	15	70	100 (3.962)
Pediatria	86	25	14	61	100 (1.098)
Obstetrícia e ginecologia	86	13	18	69	100 (1.426)
Psiquiatria	82	14	13	73	100 (732)
Medicina preventiva e social	75	26	12	62	100 (753)

* Consideraram-se aquelas escolas onde as unidades docente-administrativas ensinavam apenas a disciplina analisada ou as matérias que compõem esta disciplina; por exemplo, da análise de morfologia e patologia foram eliminadas as escolas nas quais apenas um departamento ensinava as duas disciplinas.

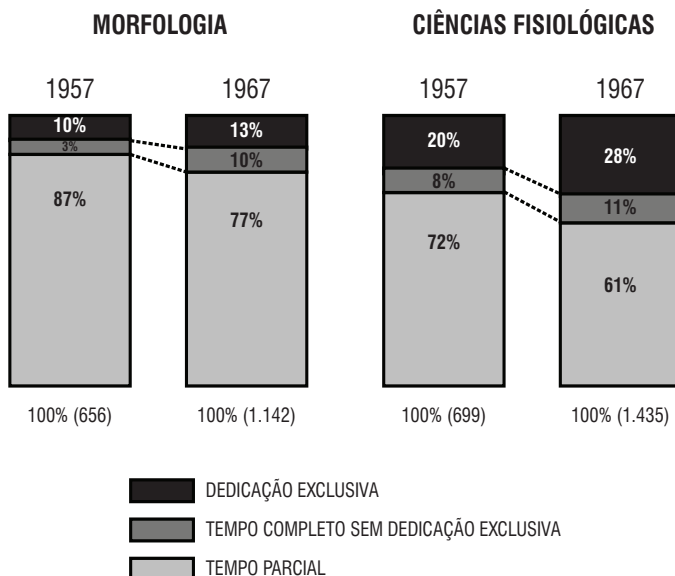
O alto percentual de professores em tempo integral de microbiologia e parasitologia teria uma explicação semelhante à dada para fisiologia. Por outro lado, em patologia, em que os professores, além de investigar, podem se dedicar ao serviço, o percentual do corpo docente em tempo integral é menor que nas disciplinas anteriores.

Nas disciplinas clínicas, com exceção da pediatria, predomina o professor em tempo parcial, e é lógico que isso ocorra porque a atividade fundamental desses

professores é a atenção médica institucional ou individual, e geralmente as escolas de medicina não contam com serviços de saúde que possam oferecer vagas de dedicação exclusiva ou tempo integral. Por outro lado, ainda que as escolas ofereçam essas possibilidades, teriam que competir com as vantagens econômicas proporcionadas pelo exercício privado da medicina. Nas escolas onde se tratou de implantar o tempo completo geográfico, no qual o docente pode exercer a profissão nas dependências da escola, parecem ter surgido conflitos por não haver uma clara delimitação entre as atividades docentes e as profissionais.

A maioria dos professores de medicina preventiva e social provém da administração pública; geralmente abandonam a atenção médica e se dedicam totalmente à administração, à pesquisa ou à docência. Isso explica o alto percentual de professores em tempo integral nessas disciplinas.

O incremento do número de professores em tempo integral é um fenômeno relativamente novo e foi influenciado pelo modelo da escola norte-americana, ainda que tenha sofrido certas modificações ao ser adotado. A criação de dois tipos de professores em tempo integral – em dedicação exclusiva e em tempo integral – indica a transformação apontada. Esse fenômeno é o resultado da impossibilidade de as escolas de medicina oferecerem condições que satisfaçam as aspirações de trabalho e de retorno econômico dos professores. As mudanças ocorridas em morfologia e fisiologia nos últimos dez anos refletem essa situação (Figura 34).

Figura 34. Porcentagem de professores em 67 escolas de medicina latino-americanas nos anos de 1957 e 1967, segundo dedicação e áreas de ensino de ciências médicas básicas

Na área de fisiologia se observa um aumento do professorado em dedicação exclusiva porque as escolas puderam oferecer a esses profissionais a possibilidade de realizar investigações. Na área de morfologia o aumento de professores foi na categoria de tempo integral, sem dedicação exclusiva, o que lhes permite desempenhar outras atividades remuneradas fora da escola, na medida em que a maioria dos professores de morfologia não abandonou suas atividades de atenção médica.

CONCLUSÕES

O professor de medicina raras vezes se dedica por completo ao ensino, e não poderia ser de outro modo porque o conhecimento que transmite é o resultado, em grande medida, das suas atividades de investigação e da experiência acumulada na prestação de serviços. Entretanto, na prática, essas atividades são realizadas independentemente: há um tempo para o ensino, um para a pesquisa e outro para a atenção médica. Assim, as relações que o pessoal docente estabelece com o estudante são produzidas em momentos e circunstâncias especiais, nas quais as atividades profissionais são apresentadas como experiências pedagógicas. Essa segmentação é o resultado da já mencionada separação entre trabalho e ensino, que se reproduz ao nível das atividades do corpo docente.

A divisão do professorado segundo sua dedicação oculta essa situação por induzir a pensar que os que se dedicam exclusivamente estão integrando o aluno em todas as atividades que realizam. Na prática não é assim; os professores que realizam investigação e têm dedicação exclusiva delimitam ambas as funções. Nos casos em que o professor dedica toda sua atenção à docência é porque geralmente não investiga ou não realiza atividades de atenção médica. Nos Estados Unidos, onde o sistema de dedicação exclusiva alcançou seu mais alto nível, escutam-se críticas sobre suas consequências negativas. Em um estudo sobre departamentos, seus autores concluíram que, "à medida que se estabelecem as funções de investigação de um departamento, os arranjos de suas publicações, a busca de financiamento e sua reputação nacional e a de seus membros, vai diminuindo o interesse pelos problemas universitários e pela educação de graduação".[8]

Ainda que a introdução do tempo integral não resolva os problemas da educação médica, cumpre outras funções, como a de estimular a investigação médica básica nos países onde não existe outra possibilidade de investigação.

Esse sistema atrai profissionais especializados em ciências básicas cujo interesse pelo desenvolvimento de sua especialidade e de seu prestígio profissional

faz com que se preocupem mais com as publicações que realizam do que com o ensino em si.

A solução parece estar em inverter o caminho e levar os alunos aos lugares de trabalho dos médicos, incorporando-os às suas atividades, em vez de atrair professores para o ensino através da criação de postos de trabalho para certos profissionais.

O sistema de classificação acadêmica – outra consequência da estrutura das relações de ensino – produz efeitos negativos, tais como a competição entre os diferentes níveis. Segundo Henderson,[9] as instituições docentes deveriam eliminar o sistema de classificação, já que suas desvantagens superam as vantagens.

Algumas escolas já tentaram eliminar a hierarquia acadêmica, porém seus efeitos ainda não podem ser avaliados. Entretanto, a mudança de um sistema competitivo a um de caráter cooperativo não poderia ser permanente até que o papel do professor se transforme em um de consultor ou orientador.[10]

NOTAS

1 Os conhecimentos e habilidades nos aspectos educacionais se denominam pedagogia. O termo "pedagogia" provém do grego (criança e conduzir) e se define como a arte de ensinar ou educar as crianças e, por extensão e em geral, o que se ensina e educa por doutrina ou exemplo. Os gregos chamaram de pedagogo o servente encarregado de acompanhar as crianças, quem às vezes os conduzia à escola e, outras vezes, os instruía por si mesmo. (*Diccionario Enciclopédico Abreviado*. 7. ed. Madrid: Espasa-Calpa, S.A., 1957) Pedagogia é, para alguns autores: "[...] as maneiras pelas quais o professor realiza sua tarefa de apresentar novos conhecimentos e experiências aos seus alunos". (*The Social Organization of Teaching and Learning*. Bletchley: The Open University Press: Walton Hall, 1972) Em resumo, parece que o conceito de pedagogia implica a existência do professor no processo de ensino, e é por isso que para alguns autores designa "a cultura" elaborada pelo corpo docente.

2 Uma análise do desenvolvimento deste tipo de ensino nos Estados Unidos pode ser encontrada no livro de Lawrence R. Veysey: *The Emergence of the American University*. Chicago: The University of Chicago Press, 1970. Veysey expressa, a respeito do desenvolvimento da investigação nas universidades dos Estados Unidos durante as últimas décadas do século XIX e começo do XX, que "O efeito mais pronunciado da crescente ênfase na pesquisa especializada foi uma tendência entre os professores de mentalidade científica de ignorar o ensino de graduação e de dar pouco valor às suas funções como professores". A competência como um fator no aumento da produtividade científica médica foi apontada por Joseph Ben-David em seu artigo "Scientific productivity and academic organization in Nineteenth Century Medicine". *American Sociological Review*, [*s. l.*], v. 25, n. 6, p. 828-843, 1960.

3 Hastings Rashdall comenta o seguinte ao se referir à distinção entre classes ordinárias e extraordinárias: "As palestras comuns eram dadas pela manhã; palestras extraordinárias à tarde. Originalmente, essa distinção de tempo correspondia a uma distinção entre o que era considerado o mais essencial e o menos essencial dos textos jurídicos". (RASHDALL, H. *The Universities of Europe in the Middle Ages*. London: Oxford University Press, 1936)

4 Uma análise comparativa da legislação universitária da América Latina pode ser encontrada no livro de Francisco Villagrán Kramer e Jorge Agustín Bustamante: *Legislación Universitaria Latinoamericana*. México, DF: Unión de Universidades de América Latina: Universidad Nacional Autónoma de México, 1967.

5 Debates do Conselho Federal de Educação, Brasil, 1963.

6 Alberto Maria Carreño relata de que forma os estudantes participavam na eleição de seus professores: "Dentro da mente que presidiu as leis das Sete Partidas, de que os estudantes nas universidades elegeram quem deveria regê-los e governá-los, quer dizer, o reitor de cada universidade, estava claro, vê-se, que de preferência devia escolher, junto com os doutores de sua faculdade, a seus maestros; e isso implica que cada vez que existia uma cátedra vazia aqueles que pretendiam ocupá-la estiveram obrigados a ler, a dar uma lição publicamente e que fora selecionado aquele que recebera maior número de votos, depois deste exame. Quer dizer, os pretendentes se opunham uns aos outros numa disputa de saber e inteligência que honrava a universidade". (CARREÑO, A. M. *La Real y Pontifica Universidad de México, 1536 – 1865*. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México, 1961)

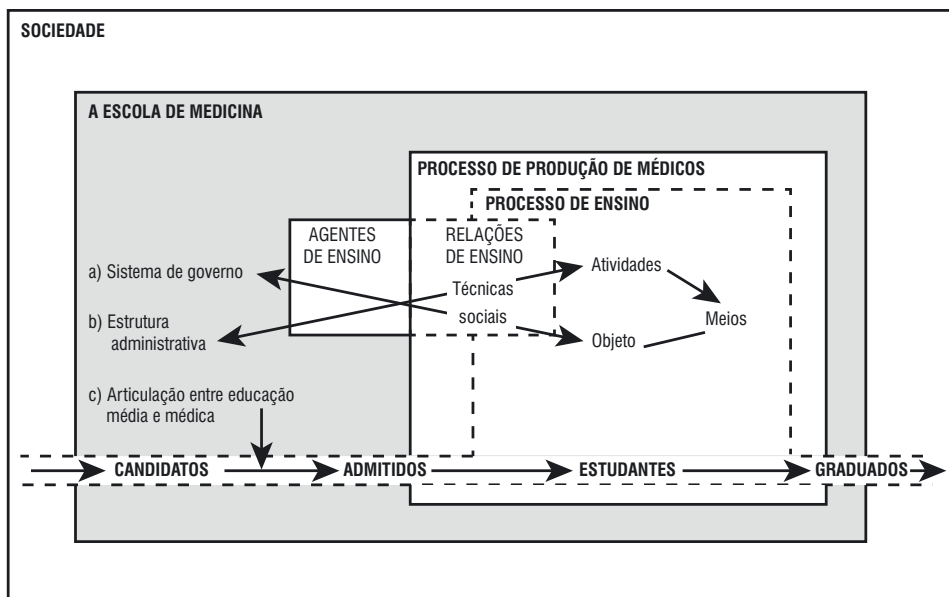
7 Para obter "o número equivalente de professores em tempo integral", partiu-se dos seguintes equivalentes: 1 professor em tempo integral equivale a 40 horas semanais de docência; 1 professor em meio período equivale a 20 horas semanais de docência; 1 professor em tempo parcial equivale a 8 horas semanais de docência. Com esses valores calculou-se o número de horas semanais de docência por país, utilizando a seguinte fórmula: NPTP x 8 + NPMT x 20 + NPTC x 40 = total de horas docentes semanais, em que: NPTP = número de docentes em tempo parcial; NPMT = número de docentes em meio período; NPTC = número de docentes em tempo completo. O total de horas docentes semanais assim obtido foi dividido por 40, quer dizer, pelo número de horas semanais de um professor em tempo integral, obtendo-se o número equivalente de professores em tempo integral. A divisão do número total de alunos pelo número de professores equivalente em tempo integral nos dá a relação "estudantes por professor em tempo integral".

8 DRESSEL, P. L.; JOHNSON, F. C.; MARCUS, P. M. *The Confidence Crisis*. San Francisco: Jossey-Bass Inc., 1970.

9 HENDERSON, A. D. *The Innovative Spirit*. San Francisco: Jossey-Bass Inc., 1970.

10 A estrutura atual das relações de ensino gera uma ideologia que a justifica. Encontramos um exemplo dessa justificação nas palavras do Dr. Luis Villoro: "O processo de educação e de investigação científica não pode se realizar sem o reconhecimento da diversidade de funções que exercem as distintas pessoas que participam nele. E essas funções se encontram naturalmente hierarquizadas. Não é acidental, senão imprescindível à vida acadêmica, tanto na docência como na investigação, a diferença de classificação entre as pessoas que participam na mesma tarefa, em consonância com sua maior ou menor capacidade científica docente. Não pode existir aprendizagem nem busca científica sem a subordinação intelectual do que tem menores conhecimentos e experiência técnica ante ao que as possui. Por isso a comunidade universitária não é um agrupamento de sujeitos iguais em todos os aspectos, senão um grêmio ou corporação em que cada sujeito deve ocupar um lugar determinado de acordo com o papel que desempenha. Por outro lado, a comunidade universitária está constituída por grupos de pessoas cuja contribuição para as funções comuns é muito variável. Há um grupo de pessoas – os professores e investigadores de carreira – que, além de ocupar de modo geral o lugar mais elevado na hierarquia acadêmica, dedica todo seu tempo durante muitos anos de sua vida a realizar os fins da universidade. Eles têm o maior conhecimento de sua comunidade e as decisões desta os afetam em muito maior grau que aos demais membros. No outro extremo se encontram os estudantes

de nível profissional, cujo pertencimento à comunidade universitária é transitório e seu conhecimento dela é muito mais limitado. Entre ambos os extremos se encontram os professores ordinários de distintas categorias, os técnicos, os ajudantes, os estudantes de pós-graduação. A democracia universitária deve responder a essa estrutura hierárquica indispensável para que a universidade cumpra suas funções. Não se pode entender no sentido de um igualitarismo abstrato em que qualquer membro da comunidade tenha os mesmos direitos e deveres que os demais. A democracia universitária deve ser democracia funcional, quer dizer, estar em função da estrutura hierárquica própria da vida acadêmica e dos fins que a universidade persegue. O autogoverno universitário deve permitir e garantir as relações de dependência e hierarquia indispensáveis para que a universidade cumpra com seus fins. Portanto, a participação no governo e nos organismos de decisão, ainda que garantidos para todos, deve ser proporcional à contribuição de cada grupo às tarefas comuns". (VILLORO, L. *El Régimen Legal y la Idea de la Universidad*. México, DF: Deslinde: Cuadernos de Cultura Política Universitária, Departamento de Humanidades de la Universidad Nacional Autónoma de México, 1972)

TERCEIRA PARTE

Nas duas primeiras partes deste livro se descreve o modo atual de formação de médicos na América Latina, e nesta última se analisam as características das escolas de medicina da região.

Todo processo de formação de médicos em que existe uma divisão do ensino requer certas normas e "aparatos" institucionais a fim de organizar e administrar o ensino global. Esta função técnica (administração e organização) surge em todo grupo em que existe um mínimo de divisão do trabalho. O aparato institucional e as normas surgidas de uma necessidade técnica podem ser utilizados para cumprir uma função de dominação quando existe, ademais, uma divisão do grupo em classes opostas.

No processo atual de produção de médicos, o aparato institucional se designa com o nome genérico de "escola de medicina" e constitui a superestrutura desse processo. Suas características gerais são descritas no capítulo 7. A independência da escola de medicina com respeito a outras instituições, tais como os organismos que administram a atenção médica, emana da separação já mencionada entre ensino e trabalho. A instituição "escola de medicina" é o resultado da formação atual de médicos, que se

leva a cabo mediante a participação de um grupo de indivíduos, e não de forma isolada, como era o caso do aprendiz e o prático experiente antes do surgimento da universidade durante a Idade Média. A presença de um grupo de indivíduos que participam coordenadamente na formação ne médicos requer que alguém seja responsável pela organização, e é assim que surge o aparato administrativo. Quando as relações sociais estabelecidas no ensino criam grupos opostos, o aparato administrativo também é utilizado na função de dominação de um grupo sobre outro.

A fim de cumprir com sua função técnico-administrativa, a escola de medicina se divide em dois sentidos: a divisão vertical, que implica uma hierarquia constituída por níveis de autoridade; e a divisão horizontal, que diz respeito à distribuição de responsabilidades dentro de um mesmo nível de autoridade e que se designa como unidades de organização.

A divisão interna da escola de medicina reflete as relações no ensino, e é por isso que a função técnico-administrativa do aparato se agrega à função de dominação. Esta última é observada especialmente na análise da especialização vertical ou sistema de governo, em que se apresentam relações de dominação similares às que se encontram na estrutura de relações sociais do ensino.

A divisão vertical da organização é analisada no capítulo 8, sob o título de “Sistemas de governo”, e a divisão horizontal, no capítulo 9, sob o nome de “Estrutura administrativa”.

A correspondência entre a estrutura de relações no ensino e a forma institucional que adquire não é sempre completa, já que as organizações têm seu próprio desenvolvimento histórico, determinado por suas estruturas internas. Essa relativa autonomia da superestrutura da educação médica tem permitido introduzir inovações na organização de cada escola de medicina sem modificações prévias no modo de formação dos médicos.

A tendência da educação médica de se manter dentro de um sistema relativamente fechado faz com que a articulação entre a educação secundária e a educação médica adquira importância e justifique seu tratamento em um capítulo especial. É nessa área em que se observam com maior clareza as características essenciais do modo atual de formação dos médicos e onde se tem experimentado o maior número de inovações durante as últimas décadas.

CAPÍTULO 7

CARACTERÍSTICAS DAS ESCOLAS DE MEDICINA

NÚMERO DE ESCOLAS

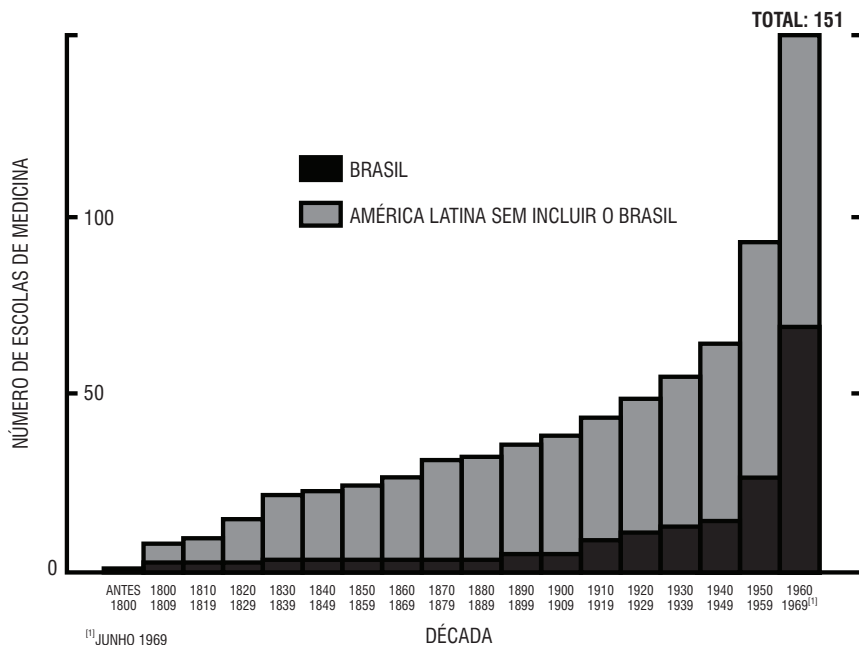
As primeiras faculdades de medicina do Novo Mundo se estabeleceram em Santo Domingo e na Cidade do México no século XVI e pertenceram a universidades ou estudos gerais que seguiam o padrão da Universidade de Salamanca, quer dizer, instituições de ensino superior em artes, teologia, direito e medicina.[1]

A falta de médicos e o baixo prestígio da profissão médica durante as épocas da Colônia e da Conquista tornaram quase impossível o funcionamento regular das faculdades de medicina. Assim, por exemplo, a Faculdade de Medicina de Santo Domingo, fechada pouco depois da sua criação, não retomou suas funções até o século XVIII.

Na América Hispânica se distinguem várias fases no crescimento e desenvolvimento do ensino médico (Figura 35):

a. Um aumento lento do número de escolas nos séculos XVI, XVII e XVIII. Nesse período foram criadas cinco faculdades de medicina cujo funcionamento foi frequentemente interrompido.
b. Um rápido aumento do número de escolas no começo do século XIX, sob os auspícios dos governos surgidos dos movimentos de independência. Durante esse século cresce o prestígio da medicina, que se eleva da posição desvalorizada em que se encontrava durante a época colonial.
c. Um aumento lento e progressivo de 1840 a 1940. Durante esse período adquirem maior importância as mudanças qualitativas que as quantitativas.

d. Um incremento rápido e progressivo no número de escolas de medicina e um aumento considerável na matrícula de seus alunos a partir do término da Segunda Guerra Mundial.

Figura 35. Número de escolas de medicina na América Latina segundo década

No Brasil, por outro lado, a trajetória da educação médica foi muito diferente.[2] Durante a época colonial (1500-1808) os jovens que desejavam estudar direito ou medicina tinham que fazê-lo em universidades europeias, particularmente na de Coimbra, em Portugal. A primeira escola de medicina foi criada na Cidade da Bahia[3] em 1808, seguindo a chegada da Família Real Portuguesa ao país, como consequência das guerras napoleônicas. Desde então até 1910, foram fundadas apenas três escolas. Na década de 1910 foram criadas seis faculdades e se instituiu a primeira universidade no Brasil. A partir de 1950 se produziu um movimento extremamente rápido de criação de escolas de medicina com tendência a continuar durante os próximos anos.

Até 1967, existiam 151 escolas de medicina na América Latina, com a seguinte distribuição geográfica: Argentina, nove; Bolívia, três; Brasil, 69; Colômbia, nove; Costa Rica, uma; Cuba, três; Chile, cinco; Equador, quatro; El Salvador, uma; Guatemala, uma; Haiti, uma; Honduras, uma; Jamaica, uma;

México, 22; Nicarágua, uma; Panamá, uma; Peru, sete; República Dominicana, duas; Suriname, uma; Venezuela, sete; Uruguai, uma.

O Brasil tem 44% das escolas de medicina existentes na América Latina; entretanto, a maioria dessas escolas, por terem sido criadas nos últimos anos, não completaram todos os cursos da carreira médica.

As escolas mexicanas representam 15% do total de escolas médicas latino-americanas e, diferentemente das brasileiras, têm, exceto uma, todos seus cursos completos.

TAMANHO DAS ESCOLAS

Como se pode observar na Figura 36, 54% das escolas de medicina latino-americanas com curso completo têm menos de 500 estudantes, o que indica um predomínio da escola pequena.[4] No nível de tamanho intermediário (de 600 a 1.000 alunos) encontram-se 23% das escolas. As escolas com mais de 1.000 estudantes constituem 24% da amostra, e destas apenas nove superam os 1.500 (Figura 37). Cabe destacar, entretanto, que essas nove escolas possuem 42% do total dos estudantes de medicina da região, encontrando-se em tal categoria as escolas de maior alunado do mundo, tais como a Universidade de Buenos Aires e a Universidade Nacional Autônoma do México.

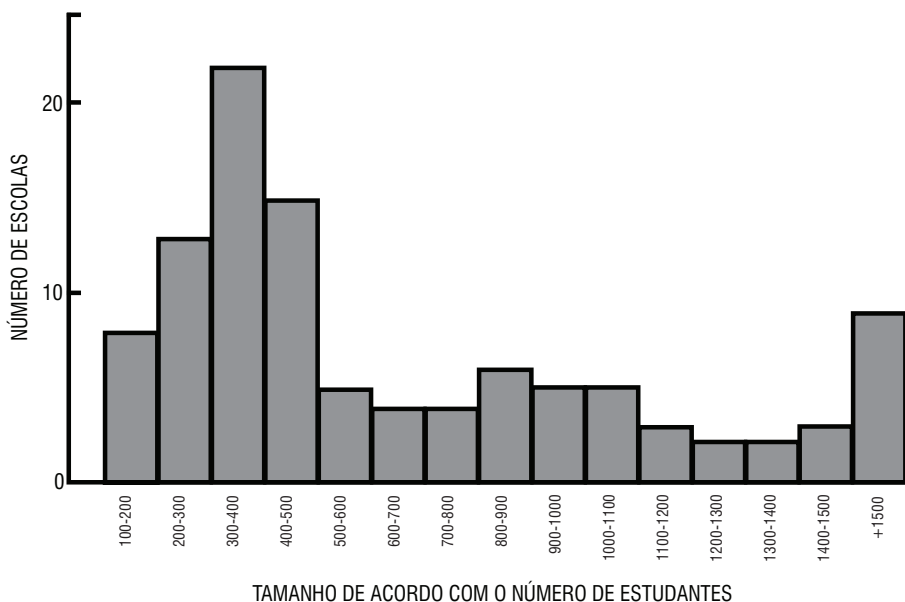
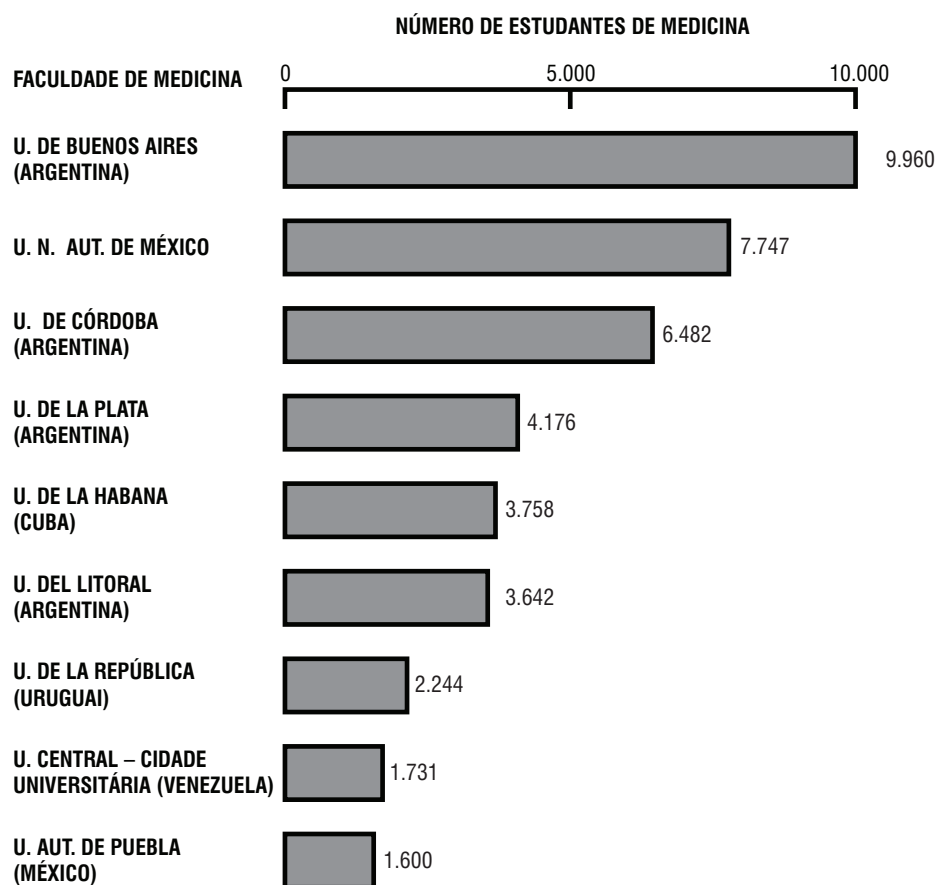
Figura 36. Distribuição de escolas de medicina da América Latina segundo o tamanho*

* Escolas com plano de estudos completo

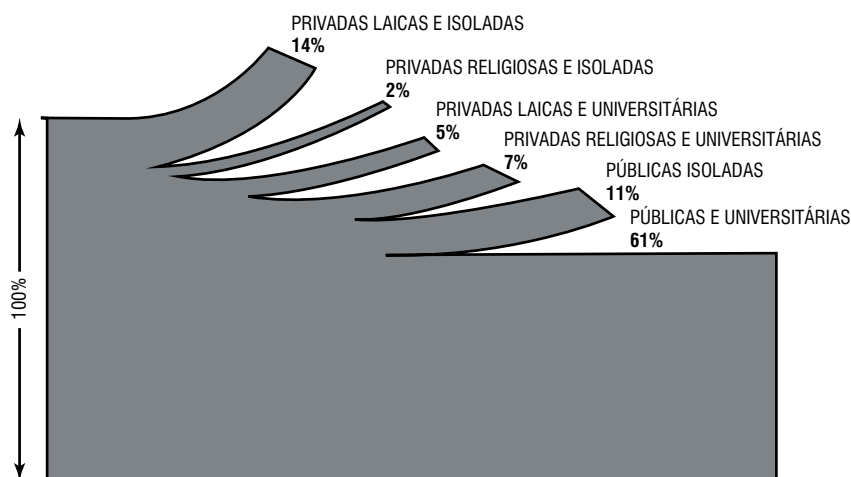
Figura 37. Faculdades de medicina com mais de 1.500 alunos

Onze dos 22 países analisados têm apenas uma escola de medicina, e, com exceção do Uruguai, todas elas se inserem na categoria das escolas pequenas, com menos de 500 estudantes cada uma.

É interessante observar que nos países com várias escolas de medicina há sempre uma que goza de maior prestígio interno, que é tida como modelo e que, de modo geral, é nacional, de certa antiguidade, localizada na capital e com um número de matriculados maior que as demais. Entretanto, nos últimos anos, algumas das escolas pequenas e de menor prestígio tendem a se desviar do padrão de estudos, às vezes legalizado, da escola modelo. Nelas se ensaiam novos sistemas de organização e planos de estudo, já que as escolas nacionais, devido ao seu grande tamanho e tradição no país, têm mais dificuldades para levar a cabo reestruturações básicas no sistema de ensino.

AFILIAÇÃO UNIVERSITÁRIA E NATUREZA JURÍDICO-ADMINISTRATIVA

Desde o início, a educação médica na América Hispânica se caracterizou por sua dependência ou afiliação a uma universidade, assim como por seu caráter público. Até o momento manteve essas duas características. No Brasil, ao contrário, as escolas de medicina são criadas de forma isolada ou independente, com grande predomínio da iniciativa privada. A escola de medicina fundada na Bahia em 1808, assim como as que foram criadas depois, não era afiliada a uma universidade. A primeira universidade brasileira foi criada no Rio de Janeiro, somente em 1920, como resultado da união de três instituições já existentes: a Escola Politécnica, a Faculdade de Direito e a Faculdade de Medicina.

Na amostra estudada, 74% das escolas de medicina são parte de uma universidade ou outra instituição de ensino superior, o que constitui uma característica importante da educação médica latino-americana. Quase todas as escolas isoladas – quer dizer, aquelas que não pertencem a uma universidade ou outra instituição de ensino superior – encontram-se no Brasil. Isso se explica pelo interesse que tem o governo brasileiro em aumentar o número de admitidos mediante a criação de novas escolas, as quais são mais fáceis de estabelecer quando não formam parte de uma universidade. (No Brasil, por lei, toda instituição docente, para ser reconhecida como universidade, deve agrupar pelo menos cinco faculdades.) Tudo isso faz supor que o isolamento das novas escolas se manterá por algum tempo.

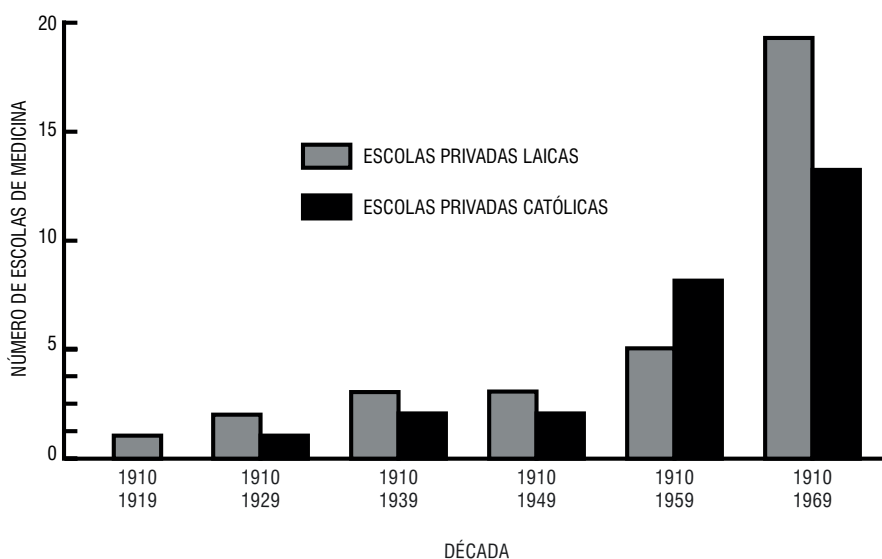
Figura 38. Distribuição das escolas e faculdades de medicina por afiliação universitária e natureza legal

De acordo com a Figura 38, a maioria das escolas de medicina latino-americanas depende de uma universidade governamental; foram criadas pelo Estado para suprir uma necessidade pública, com patrocínio de recursos obtidos através de impostos ou do tesouro público, com relativo grau de autonomia administrativa. Segundo o nível governamental ao qual estejam ligadas, são nacionais ou federais, estatais ou provinciais e, somente por exceção, no caso do Brasil, municipais. A criação de escolas de medicina municipais no Brasil constitui um fenômeno novo, enquanto o aumento das escolas de medicina criadas e financiadas por governos estaduais ou provinciais corresponde a uma tendência mais ou menos geral.

As escolas de medicina privadas são instituições que foram criadas por pessoas ou entidades privadas com a autorização ou aprovação do Estado e sob sua vigilância. Estão financiadas, principalmente e em grande medida, pelo setor privado sem prejuízo de subvenções governamentais, que, no caso do Brasil, representam um aporte considerável.

As escolas de medicina privadas são religiosas ou laicas segundo a natureza da iniciativa que atua no campo privado (todas as religiosas são católicas com uma única exceção). Dependem da respectiva hierarquia eclesiástica e seus planos de estudo incorporam matérias que revelam seu caráter religioso.

Nos últimos anos se observa uma tendência ao aumento das escolas privadas laicas (Figura 39), o qual poderia ser entendido como uma maior preocupação ou interesse do setor privado não religioso em ajudar a resolver o problema da educação médica no continente. Entretanto, essa hipótese deve ser tratada com toda cautela se se considera que: 1) a maioria das escolas privadas laicas são brasileiras e tem sido uma tradição no Brasil a federalização de tais instituições, e vale dizer que estas são fundadas pela iniciativa privada com o entendimento de que o governo participará cada vez mais em seu financiamento, até chegar a instituí-las como entidades públicas oficiais; 2) todas as escolas privadas – laicas e religiosas – são financiadas em boa medida com a contribuição, direta ou indireta, dos governos.

O crescente custo da educação superior, particularmente da educação médica – que dificilmente poderia ser totalmente absorvido pelo setor privado –, justifica a desconfiança em aceitar como real o aumento da participação privada em seu financiamento e explica a tendência, cada vez maior, da intervenção dos governos. Isso é válido tanto para a América Latina como para países de outras regiões.

Figura 39. Número de escolas de medicina privadas, católicas e laicas por década

As instituições que se dedicam à formação de médicos na América Latina são conhecidas com o nome de faculdades de medicina ou escolas de medicina. O termo "faculdade" foi empregado em outra época exclusivamente para identificar um certo agrupamento de escolas universitárias e, no caso do México, para indicar a inclusão, dentro desse conjunto, de uma escola ou divisão de pós-graduação. Em alguns casos a faculdade é, em realidade, uma entidade diferente e de um nível mais alto que a escola de medicina. Conta com um reitor e diretores para as diferentes escolas, entre elas a de medicina. Em outros casos, o reitor da faculdade também é o diretor da escola de medicina, enquanto as outras escolas sob essa direção têm seus próprios diretores. Embora esse tipo de organização subsista, na atualidade há entidades que correspondem a uma escola de medicina e recebem o nome de "faculdade". Por outro lado, nas últimas décadas algumas dessas instituições optaram pelo nome de "escola de medicina" (ver Apêndice A).

Cerca de 32% das 134 instituições estudadas estão associadas com outras escolas afins, particularmente com as de obstetrícia e enfermagem. Entretanto, o agrupamento de escolas sob a autoridade de uma reitoria não implica a integração do ensino entre os diversos cursos a fim de alcançar uma aproximação profissional ou algum tipo de economia de recursos no aspecto administrativo. Muito pelo contrário, o isolamento das escolas é geralmente considerável, salvo no caso de algumas instituições que recentemente, sob a denominação de "faculdades de ciências da saúde", aspiram integrar o ensino de várias profissões.

CONCLUSÕES

A escola é uma superestrutura característica de sociedades nas quais o ensino e o trabalho aparecem como dois termos antagônicos. Assim, segundo Manacorda,[5] a escola se situa frente ao trabalho como não trabalho, e o trabalho se situa frente à escola como não escola. O mesmo termo reflete essa característica, já que a palavra "escola" provém do grego "skole", ócio, que representava para os gregos o tempo livre do trabalho material e da política, dedicado às atividades intelectuais.

A escola tem sua origem no seio das classes altas, estando destinada à formação de seus dirigentes, e o ensino era de caráter teórico. As classes baixas nunca criaram uma instituição como a escola e, pelo contrário, suas instituições, a exemplo das corporações artesanais, integravam o ensino e o trabalho e não separavam os jovens dos adultos.

A universidade é o resultado da combinação da escola e das corporações artesanais. Destas últimas toma seu tipo de organização e da escola, seu caráter teórico e formador de dirigentes. Entretanto, em essência constitui, como a escola, uma instituição das classes altas. A Revolução Industrial modificou muitas das condições que deram origem à escola e à universidade, porém estas conservam suas principais características. Como consequência desse acontecimento histórico, a estrutura educativa das classes altas se estende às classes mais baixas, destruindo as instituições típicas destas, como a aprendizagem artesanal. Esse fenômeno obedece à necessidade de expandir as realizações científicas e integrá-las ao processo de trabalho.

A escola parece ter uma capacidade de sobrevivência que permite predizer sua permanência por algum tempo, mesmo em sociedades nas quais ocorrem mudanças na infraestrutura que a sustenta. Entretanto, a análise histórica revela que essa não é a única solução para o problema da formação de pessoal de saúde.[6] Por conseguinte, devem ser buscadas alternativas diferentes à instituição escolar se quisermos escapar do que parece um beco sem saída, diante da quase impossibilidade de se aumentar o tamanho das escolas existentes ou de ignorar as dificuldades orçamentárias de criar novas escolas.

A busca de novas alternativas tenta, além de solucionar a crescente demanda por estudos médicos, eliminar o monopólio da educação que as escolas têm agora e, dessa forma, liberar o processo educacional de algumas das restrições que limitam seu desenvolvimento e que foram expostas nos capítulos anteriores. A validade das novas soluções ao problema da formação de pessoal dependerá

do grau em que essas soluções se mantenham fiéis aos princípios educacionais anteriormente discutidos.

Uma das alternativas mais viáveis para a formação do pessoal de saúde é a utilização da rede de atenção médica de uma região ou país, o que poderia acontecer desde os primeiros anos dos cursos profissionais. Na América Latina, algumas escolas maiores tentam colocar em prática esse tipo de solução, o que permitirá absorver a demanda por estudos médicos e baratear os custos de formação.

Além de procurar novas alternativas, deverão ser feitas modificações na instituição escolar atual, a fim de adequá-la às necessidades e aos problemas de nossas sociedades. Nos próximos capítulos serão apresentadas algumas sugestões sobre esses aspectos.

NOTAS

1 Existem numerosos livros de história sobre as escolas de medicina da América Hispânica. A informação utilizada neste capítulo sobre as grandes linhas de desenvolvimento da educação médica foi tomada das seguintes obras: CARREÑO, A. M. *La Real y Pontificia Universidad de México (1536-1865)*. México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México, 1961; OCARANZA, F. *Historia de la Medicina en México*. México, DF: Laboratorios Midy, 1934; BRUNI CELLI, B. *Historia de la Facultad Médica de Caracas*. Caracas: [*s. n.*], 1957; ARCOS, G. Evolución de la medicina en el Ecuador. *Anales de la Universidad Central del Ecuador*, Quito, n. 306, 1938. Tomo 41; ABECIA, V. *Historia de Chuquiasca*. Sucre: Editorial Charcas, 1939; SÁNCHEZ, J. F. *La Universidad de Santo Domingo*. Santo Domingo: Impresora Dominicana, 1955.

2 A informação sobre a educação médica no Brasil foi extraída das seguintes fontes: SANTOS FILHO, L. *História da medicina no Brasil*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1947; BRUNO LOBO, F. O ensino da medicina no Rio de Janeiro. *Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro*, Rio de Janeiro, v. 260, 1963; BRUNO LOBO, F. *Uma universidade no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1967.

3 Fundada oficialmente em 1549, com o nome de Cidade do São Salvador da Baía de Todos os Santos, Salvador foi a sede do governo colonial até a transferência da capital para o Rio de Janeiro em 1808, com a chegada da Família Real Portuguesa ao país, ano em que foi criada a Escola de Cirurgia, que deu origem posteriormente (1832) à Faculdade de Medicina da Bahia. Conhecida no período colonial como "Cidade da Bahia", Salvador tornou-se sede da província e, com a República, capital do estado da Bahia (N. T.).

4 O tamanho ideal de uma escola de medicina ou de uma universidade aparece como problema quando sua análise foca na superestrutura e a considera como uma unidade produtiva. Esse é o enfoque denominado "funcionalismo". Exemplo de como este ponto é tratado se encontra no artigo de Julio H. G. Oliveira: "The university as a production unit", em *Higher education and Latin American Development* (Inter-American Development Bank, Paraguay, 1965). Nesse artigo, Oliveira diz: "O tamanho ótimo é um dos problemas mais interessantes da organização universitária [...]. O problema real do tamanho ótimo considera essencialmente todos os fatores de produção como variáveis em quantidade e ajustáveis à escala necessária para maximizar o retorno do empreendimento.

Este é o fenômeno que na teoria econômica é descrito por meio da 'curva de custo médio de longo prazo' ou 'curva de planejamento'. Em condições consideradas normais, essa curva tem a forma de U, de modo que os custos unitários diminuem até certo ponto e depois voltam para cima. O valor mais baixo da curva indica o tamanho ótimo da empresa medido em unidades de produção. Pode--se afirmar, em princípio, que a universidade não é exceção à forma usual da curva de longo prazo. A inclinação ascendente da curva de custos universitários é causada fundamentalmente por dois fatores. Primeiro, a existência de uma comunidade real entre professores e alunos, que sempre foi considerada desejável, tornou-se cada vez mais difícil e finalmente impossível à medida que o tamanho da universidade aumentava. Em segundo lugar, o crescimento destas instituições traz-lhes problemas administrativos cada vez mais complexos. Este é um fato notório que é citado como exemplo típico até mesmo em trabalhos gerais de teoria econômica. À medida que as universidades crescem em tamanho, os custos administrativos tendem a reivindicar uma parcela maior de seus orçamentos totais".

5 MANACORDA, M. A. *La Pedagogía Moderna*. Barcelona: Oikos-Taus, S.A.: Ediciones Barcelona, 1969.

6 Um exemplo interessante de formação de pessoal em outras áreas diferentes da saúde é "The Open University" de Londres. Essa universidade consiste num sistema integrado de educação de nível universitário que ocorre nos domicílios dos educandos e que compreende: material escrito programado para autoinstrução; programas de televisão e rádio; exercícios, alguns dos quais são avaliados por computadores e outros por tutores em tempo parcial; cursos de verão dados no ambiente universitário tradicional; e um laboratório pequeno para os cursos de ciências para que as experiências sejam realizadas em casa. Uma descrição da Universidade Aberta de Londres pode ser encontrada no artigo de SMITH, P. J. Britain's Open University: Everyman's classroom. *Saturday Review*, New York, 1972.

CAPÍTULO 8

SISTEMAS DE GOVERNO

Toda organização de certa complexidade tende a se dividir formalmente em um número determinado de partes e o faz geralmente em dois sentidos: a divisão vertical que implica uma hierarquia constituída pelos níveis de autoridade e a divisão horizontal que diz respeito à distribuição de responsabilidades dentro de um mesmo nível de autoridade e que se designa como unidades de organização. A criação de unidades de organização obedece a uma especialização – a divisão do trabalho –, consequência do aumento do número e da complexidade das ações de uma organização. A divisão do trabalho deve ser acompanhada de uma harmonização das atividades das unidades para que as metas estabelecidas para toda a organização sejam alcançadas. Para conseguir a coordenação de esforços, as unidades que compõem a organização devem ser privadas de uma parte do poder de tomar decisões, atribuindo-se essa função a determinados níveis da estrutura.

A divisão da função "tomada de decisões" entre diferentes níveis foi designada por Simon[1] como especialização vertical. Existem várias razões que justificam a especialização vertical, e uma delas é a já mencionada coordenação.

Se existe especialização horizontal, diz Simon,[2] a especialização vertical é absolutamente essencial para conseguir coordenação entre as unidades operacionais. A divisão mais elementar na dimensão vertical é feita entre as unidades que predominantemente tomam decisões, quer dizer, as que formulam a política da organização e as unidades operativas que realizam as atividades, ou seja, que executam a política.

Os níveis que fundamentalmente tomam decisões se denominam órgãos ou corpos de governo. Esse nível diretivo forma, geralmente, um "aparelho" de comando composto por um conjunto de pessoas que se põe à disposição para colaborar no exercício do poder imperativo e coativo. Esse "aparelho" de

comando, intercalado entre os corpos diretivos e as unidades operacionais, pode alcançar um alto grau de desenvolvimento, e é o que Max Weber designou, em sua forma especificamente moderna, como administração burocrática.[3]

Esse nível se encontra pouco desenvolvido nas escolas de medicina da América Latina, o que em boa medida deve-se às características dos órgãos diretivos predominantemente colegiados e compostos por funcionários eleitos por curto período de tempo, que não conseguem criar uma autêntica administração autônoma da escola. Essa situação tem chamado a atenção dos educadores médicos latino-americanos, especialmente quando comparam suas escolas com as norte-americanas[4] e pensam que muitos dos problemas atuais das escolas de medicina têm sua origem no débil desenvolvimento do aparato administrativo.

Estes educadores superestimam o valor da eficiência técnica, sem se dar conta de que as modificações no nível administrativo dependem da formulação de políticas e, em consequência, do que suceda nos órgãos de governo.[5]

A importância que os educadores têm dado aos aspectos gerenciais ou aos administrativos, esquecendo do político, também permeou as análises que foram feitas das instituições docentes. Autores como Baldrige[6] apontam o uso frequente que se faz do modelo weberiano de administração racional nos estudos sobre instituições de ensino superior. Um modelo de análise política, segundo esse autor, permitiria uma visão mais dinâmica da universidade como organização. De acordo com essa visão, a universidade se perfila como um conglomerado de diversos grupos que têm valores e interesses diversos e geralmente opostos. Essa ideia é a que Clark Kerr[7] quis destacar ao propor o conceito de "multiversidade". A escola de medicina não seria "uma comunidade", senão várias, a de professores titulares, a de docentes "médios" e a dos professores de ciências básicas. Todas elas tratam de influir na decisão da política da instituição, e é por essa razão que o governo da instituição adquire uma importância superior aos problemas administrativos.

Em outras palavras, a função de dominação política orienta a função técnico-administrativa. O sistema de governo é, então, utilizado pelos grupos dominantes com o propósito de criar as condições que permitam manter as atuais relações sociais de ensino, e é por isso que não existem tarefas técnico-administrativas neutras.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DOS ÓRGÃOS DE GOVERNO UNIVERSITÁRIOS

De modo geral, o nível dirigente das universidades e escolas não é constituído por uma única autoridade, senão por várias, o que faz recordar a forma de exercício da autoridade na universidade medieval. Alguns autores mencionaram essa semelhança como um exemplo da influência da tradição nas instituições de educação superior, porém uma análise mais profunda revela diferenças substanciais entre a universidade atual e a medieval. Assim, apesar de o tipo de autoridade ser semelhante, dificilmente se encontra hoje em dia a autonomia e a autocefalia que tinham as instituições universitárias quando foram criadas, durante a Idade Média. Por autonomia se entende a capacidade que têm os membros da instituição para estabelecer o regime de autoridade e as normas que regulam suas ações; e por autocefalia, a designação dos dirigentes pelos próprios membros da instituição.

A autonomia e a autocefalia da universidade medieval foram possíveis pelas circunstâncias do momento histórico e pela situação daqueles que criaram a universidade.

Deve-se recordar que a palavra "universidade" na Idade Média significava número, pluralidade, conjunto de pessoas. A universidade, seja de professores ou de alunos, era um tipo de corporação que estava destinado, igualmente a outras corporações da época, a proteger e dar segurança aos seus membros. A universidade nasce da necessidade que tinham professores e estudantes estrangeiros de se organizar e se defender contra os abusos de comerciantes e autoridades da cidade. É assim que podemos entender as diferenças e semelhanças das duas universidades arquetípicas da Idade Média: a de Paris e a de Bolonha. Segundo Rashdall[8] a Universidade de Paris constituiu o modelo da universidade de professores, e a de Bolonha, a de estudantes. Bolonha atraiu, durante a Idade Média, muitos estudantes procedentes de diversas partes da Europa, desejosos de escutar os professores que haviam surgido nessa cidade. Essa condição de estrangeiros dos estudantes é importante para entender a instauração da universidade em Bolonha.

Os cidadãos das repúblicas italianas dessa época não tinham direitos civis em outra cidade e, em consequência, como estrangeiros, não só eram tratados duramente como também se achavam indefesos ante os abusos dos comerciantes e dos cidadãos naturais do lugar. A união dos estudantes surge numa tentativa de se criar uma cidadania artificial. Os professores são excluídos da guilda em Bolo-

nha, não por serem professores, senão por serem oriundos da cidade. A cidade de Bolonha permitiu a existência da universidade de estudantes pelos benefícios econômicos que dela resultavam. O mesmo fenômeno ocorre em Paris com os professores, os quais precederam aos estudantes em sua chegada à cidade e, portanto, na organização de suas sociedades ou universidades.

A universidade é, por conseguinte, o resultado da situação marginal em que se encontravam tanto os professores como os estudantes, por serem estrangeiros, e de seu consequente desejo de ter direitos similares aos dos cidadãos. A isso se deveu também que, em seu começo, a universidade só tinha jurisdição sobre os assuntos não acadêmicos de seus membros. Assim, em Bolonha, o colégio de professores sempre reteve a autoridade de decidir sobre os assuntos acadêmicos, mesmo nos períodos em que o salário dos professores provinha da guilda estudantil.

O direito a selecionar os professores era o elemento que distinguia as duas universidades arquetípicas e foi a base para sustentar a existência de dois regimes diferentes de governo.

Em Bolonha, durante algum tempo, a universidade pagou o salário dos professores e, com isso, tinha o poder de escolhê-los. Quando a cidade de Bolonha assumiu essa responsabilidade, o domínio dos estudantes sobre os professores diminuiu totalmente, porém aqueles conservaram o direito de controlar seus próprios assuntos.

A guilda de professores em Paris manteve a autoridade para manejar seus assuntos civis, porém teve que lutar infatigavelmente para conservar sob seu controle a decisão sobre os problemas acadêmicos, em especial a outorga de graus.

Ao final do século XIII a liberdade de criar universidades diminuiu e passou a predominar a ideia de que a fundação dos "studium" gerais era uma prerrogativa do poder imperial ou papal. Essa prerrogativa se baseou na licença que esses dois poderes outorgavam para que os graduados pudessem ensinar em qualquer das universidades da época.

As constituições que regiam as universidades medievais em seus começos nasceram por livre pacto de seus membros, porém este direito lhes foi despojado pelos poderes papal e imperial, que impuseram a ordem com que deviam funcionar. Embora a universidade tenha perdido prontamente sua autonomia, manteve o direito de nomear seus próprios dirigentes.

O regime de governo também sofreu modificações com o transcurso do tempo, ainda que a divisão de poderes e a colegialidade de alguns órgãos diretivos tenham permanecido mais ou menos invariáveis. O regime de governo da

universidade medieval, em suas origens, era do tipo de democracia direta, ou seja, uma forma de associação – segundo Weber[9] – que tenta reduzir no que é possível os poderes de mando vinculados às funções executivas e que se baseia na suposição de que todo o mundo está, em princípio, igualmente qualificado para a direção dos assuntos comuns. Em tal regime, os membros da associação reservam para si todas as decisões importantes, e aos funcionários apenas lhes corresponde a preparação e execução das disposições e a direção dos assuntos correntes de acordo com o estabelecido pela assembleia dos membros.

A democracia direta, como forma de governo universitário, transforma-se durante a Idade Média em uma democracia representativa. Este último tipo de regime é o que se encontra com maior frequência nas atuais universidades e escolas do continente americano.

A mudança de um governo de democracia direta para representativa é acompanhada de certas características que diminuem a autoridade delegada aos representantes: a constituição de corpos colegiados, a eleição como forma de designação e a breve permanência dos representantes em suas funções. A semelhança apontada entre o regime de governo da universidade medieval e a atual desaparece quando se passa da análise formal dos órgãos de governo ao estudo do conteúdo das decisões tomadas por estes e à composição dos corpos diretivos. Assim, a autonomia que a universidade medieval tinha para lidar com questões educacionais e administrativas desapareceu na atual, na medida em que o poder da decisão final se desloca para grupos fora da universidade.

Por essas razões carece de fundamento a afirmação de Clark Kerr[10] que compara a universidade latino-americana com a de Bolonha, e a norte-americana com a de Paris, já que nem a universidade latino-americana está governada por estudantes nem a norte-americana pelos professores. Nestas últimas, como anotara Veblen,[11] há muitos anos o poder está nas mãos dos grupos mais poderosos da "comunidade", enquanto nas latino-americanas a influência do Estado é cada dia maior.

ÓRGÃOS DE GOVERNO

As escolas de medicina latino-americanas têm, no nível dirigente, distintos órgãos de governo, que podem ser classificados em dois tipos: colegiados e unipessoais. São colegiados a assembleia ou congregação, o conselho diretor e o conselho departamental. O decano ou diretor representa, em vez disso, um órgão de governo unipessoal.

A *assembleia* ou *congregação* corresponde, em certa medida, à congregação da universidade medieval e pode ser definida como o nível de mais alta autoridade da organização. Está integrada por *todos* os membros de uma ou mais categorias de pessoas que formam a universidade ou escola, podendo, em certos casos, incluir pessoal de determinadas categorias em uma determinada proporção ou número.

O *conselho diretor* é um corpo de governo composto por *representantes* de uma ou mais categorias de membros da universidade ou escola.

O *conselho departamental* é um órgão formado por todos os chefes ou diretores das unidades chamadas departamentos. Esse corpo de governo pode incluir, ademais, representantes de categorias de pessoal, tais como certo pessoal docente e estudantes.

O *decano* ou *diretor* é a cabeça visível da escola ou faculdade; suas funções são geralmente executivas e representam o ponto de união entre o nível diretivo e os níveis administrativo e operativo.

Segundo a combinação dos órgãos de governo mencionados, originam-se diferentes modelos de governo das escolas ou faculdades, e assim podemos distinguir pelo menos cinco:

Modelo A – Este primeiro modelo se assemelha ao que tinham as universidades medievais em seu começo e se caracteriza pelo fato de que a assembleia comanda um grande volume de atividades que não se limitam apenas aos aspectos normativos ou de política geral. Esta assembleia, devido ao seu grande tamanho, tende a funcionar em comissões permanentes, que estudam os assuntos a elas atribuídos e depois os apresentam ao plenário para sua decisão. Esse tipo de organização, devido à magnitude da assembleia e ao importante volume de suas atividades, torna lento o processo de decisão, produzindo-se de fato uma transformação: a constituição de órgãos menores que substituem a assembleia ou que se integram nela, assumindo muitas de suas atribuições.

No presente trabalho, são poucas as escolas de medicina incluídas que têm esse tipo de governo.

Modelo B – O segundo modelo resulta da tentativa de evitar os problemas de eficiência próprios do modelo A, remontando sua origem à Idade Média. Dadas as dificuldades que têm as assembleias para se reunir frequentemente, devido ao seu grande tamanho, cria-se um órgão menor, composto por representantes de um ou vários dos segmentos que compõem a universidade. Este terceiro nível, que se localiza entre a assembleia e o decano ou diretor, assume a maior parte da tomada de decisões; seu tamanho reduzido cria um espírito de corpo que facilita

o consenso. Esse órgão de governo, chamado conselho, adquire duas formas: o conselho diretor[12] e o conselho departamental.

O conselho diretor é composto pelos representantes de uma ou mais categorias de membros da faculdade e é o primeiro a aparecer. O conselho departamental é de criação mais recente e se diferencia do conselho diretor porque basicamente está constituído pelos chefes das unidades administrativo-docentes, unindo, em consequência, as unidades operativas com a direção.

A diferença essencial entre esses dois tipos de conselho é o tipo de representação que contêm.

A representação por segmentos: professores, estudantes e graduados conferem importância aos interesses de cada estrato, podendo, portanto, transcender os limites da organização à qual pertence o conselho ao estender-se na horizontal de cada segmento. Por exemplo, a solidariedade estudantil ou de certos grupos externos com os quais se identificam.

A representação por unidades administrativas, no entanto, supõe que os problemas que chegam aos órgãos de governo mediante a representação no conselho são os que surgem em cada uma dessas unidades, dificultando a expressão de interesses por estratos ou segmentos. Assim, por exemplo, os representantes de cada departamento lutarão pelos interesses de sua unidade, e não por benefícios de todos os professores como classe. Tal situação se acentua à medida que se delegam maiores atribuições para as unidades administrativas.

Os dois tipos de representação mencionados aparecem como opostos, e em alguns casos seus defensores se colocam em uma situação antagônica, como no *referendum* universitário que decidiu o conteúdo da reforma da Universidade do Chile a respeito da composição e criação do conselho normativo da faculdade.[13]

Modelo C – Esse modelo inclui a assembleia e a coexistência dos dois conselhos descritos. Nas instituições que o têm, o conselho diretor se encarrega das funções administrativas e o conselho departamental, dos problemas docentes e de investigação. Essa forma de governo é instável e tende a se resolver com a eliminação do conselho diretor.

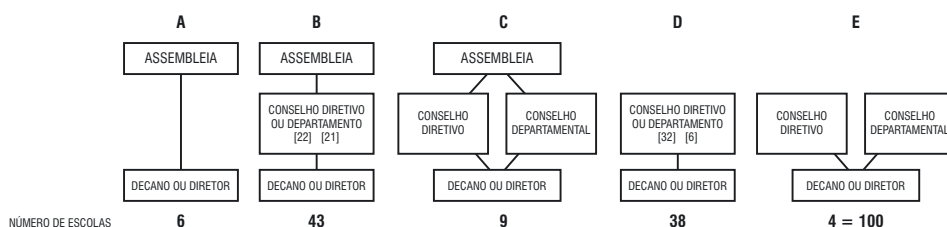
Modelo D – O quarto modelo é o mais frequente depois do B e se caracteriza pelo desaparecimento da assembleia ou pela redução de suas funções somente às eleitorais. Em 12 das 38 escolas que apresentam esse tipo de governo existe uma assembleia com funções eleitorais.

O conselho, como no modelo B, pode se apresentar em duas formas: diretor ou departamental, sendo o primeiro o mais frequente e representa, nesse modelo, a máxima autoridade, ainda que o diretor possa assumir, em alguns casos, a autoridade superior.

Modelo E – Encontra-se em poucas escolas e nele coexistem o conselho departamental e o diretor, carecendo, porém, de assembleia.

Na Figura 40 incluímos no modelo A de governo as três escolas de medicina estatais com curso completo do Peru. Essa situação mudou completamente após a investigação, devido à reforma da Universidade Peruana, que constitui uma das mudanças mais importantes ocorridas na estrutura e regime de governo de uma universidade latino-americana.

A Lei Orgânica da Universidade Peruana, promulgada em fevereiro de 1969 (Decreto-Lei nº 17.437 e o Decreto-Lei nº 178.833), cria o Sistema da Universidade Peruana, constituído pelo conjunto das universidades do país e dos organismos de direção e coordenação nacional e regionais. O sistema compreende: a) um organismo de direção nacional, denominado Conselho Nacional da Universidade Peruana; b) organismos regionais de coordenação, chamados Conselhos Regionais Universitários; e c) as universidades. Os órgãos de governo das universidades são: a) a assembleia universitária, como organismo máximo de governo; b) o reitor, secundado por um vice-reitor; e c) o conselho executivo, presidido pelo reitor e integrado pelos diretores universitários e dois representantes dos estudantes nas universidades estatais.

Figura 40. Número de escolas por modelo de governo

Os diretores universitários são professores da universidade, dependem diretamente do reitor e têm a responsabilidade de conduzir as atividades universitárias administrativas em áreas específicas.

A universidade está conformada por unidades acadêmicas, denominadas departamentos acadêmicos, que constituem núcleos operacionais de pesquisa, ensino e extensão e agrupam os professores que cultivam disciplinas relacionadas. Cada departamento acadêmico tem um chefe que preside suas atividades e funciona como um grupo de trabalho.

Denomina-se "programa acadêmico" a estrutura curricular funcional dos diversos departamentos que se coordenam para realizar propósitos específicos

de caráter formativo, acadêmico ou profissional. Cada programa acadêmico está sob responsabilidade de uma coordenação, integrada pelos professores representantes dos departamentos relacionados ao programa e por dois alunos. Tem a responsabilidade de organizar os currículos correspondentes, coordenar sua execução e realizar sua avaliação.

Os diretores de programas acadêmicos dependem hierarquicamente do reitor e atuam em estreita coordenação com os diretores universitários. Os chefes de departamento dependem hierarquicamente do reitor e atuam em estreita coordenação com os diretores universitários e os diretores de programas acadêmicos.

Com a reforma universitária peruana desaparecem as faculdades e escolas como unidades das universidades e, em sua substituição, criam-se os departamentos acadêmicos universitários. Também se separam as funções administrativas das acadêmicas, ficando as primeiras a cargo dos diretores universitários e as últimas sob a responsabilidade das direções de programas acadêmicos. O nível operativo está constituído pelos departamentos.

A representação estamental desaparece em termos de professores e fica diminuída com respeito aos estudantes. Reforçam-se o sistema hierárquico e a autoridade unipessoal. Os organismos colegiados já não são integrados por representantes de estamentos, salvo o dos estudantes, senão pelos chefes de unidades administrativas dependentes.

A reforma da Universidade do Chile, promulgada em junho de 1971, aparece como uma solução oposta à que foi dada pela Universidade Peruana para o problema universitário. As mudanças introduzidas não são novas no âmbito universitário latino-americano, já que o sistema de governo pode ser classificado dentro do modelo B, com um predomínio de órgãos colegiados e da representação estamental nestes. Ao nível da faculdade, os órgãos de governo são: a) o conselho normativo, integrado por representantes do pessoal acadêmico, funcionários não acadêmicos e estudantes; b) o comitê diretivo, que é eleito pelo conselho normativo dentre seus membros; e c) o diretor ou decano. Também se menciona no estatuto orgânico outro nível colegiado: o claustro, constituído por todos os membros da faculdade.

Se os poderes atribuídos aos diferentes órgãos governamentais forem considerados, não aparece separação alguma entre as funções acadêmicas e as administrativas. Segundo Jadresic, "[...] a reforma da Universidade do Chile surgiu de uma violenta crítica por parte dos estudantes e jovens docentes, questionando sua estrutura interna, suas relações com a sociedade e o papel que deveria cumprir no momento histórico atual".[14]

A estrutura administrativa e acadêmica da antiga faculdade, segundo o autor mencionado, contemplava uma grande concentração de poder nas autoridades unipessoais, reitor, diretor de escolas, professores, chefes de cátedras, dentro de um regime fortemente autocrático, e somente os professores titulares e extraordinários com mais de cinco anos de atividade docente tinham acesso aos níveis de decisão sobre as ações.

Órgãos colegiados de governo

A existência de órgãos colegiados de governo é uma característica de todos os modelos apresentados. A colegialidade significa – segundo Weber[15] – quase inevitavelmente uma trava às decisões precisas, unívocas e sobretudo rápidas. "A colegialidade de direção proporciona para a administração uma maior 'solidez' em suas considerações. E, portanto, onde essa solidez é preferida à precisão e velocidade, a colegialidade é geralmente usada". De todo modo – continua Weber –, "a colegialidade divide a responsabilidade e, em casos de órgãos de grande dimensão, dissolve-a por completo, enquanto a monocracia a fixa de modo claro e indubitável".

O predomínio de órgãos colegiados no governo universitário desde a época medieval até agora reflete as características peculiares das instituições de ensino superior, nas quais se considera que todos os membros têm igual direito a dirigir as atividades da instituição. Mais que a busca de solidez nas decisões, parece que a implantação da colegialidade de direção tenta reduzir o poder do executivo, do mesmo modo que fazem a divisão dos poderes, a designação dos dirigentes mediante eleição e a curta permanência deles em suas funções. Todos esses mecanismos impediram a formação de um verdadeiro "aparelho" de comando, como se pode observar nas universidades da América Latina.

Os três tipos de órgãos colegiados diretivos que se encontram nas faculdades de medicina são: a assembleia, o conselho diretor e o conselho departamental.

A assembleia

De um total de 100 escolas de medicina com curso completo, 58 têm um órgão de governo que podemos identificar como assembleia, segundo nossa classificação prévia. Em seis dessas escolas é o único órgão colegiado diretivo, sendo "congregação" o nome com que mais frequentemente se designa em português e "assembleia" em espanhol. Nos países latino-americanos de língua espanhola, esse órgão também é designado com o nome de conselho ou junta da faculdade.

Em todas as escolas que têm assembleia, com exceção de duas, ela está integrada por todos os membros de uma categoria de pessoal. Em 17 das 56

escolas com assembleia, está constituída pelos professores; em 31 pelos catedráticos e representação de professores adjuntos; em seis pelos titulares e agregados; e em duas pelos titulares ou chefes de cátedra. As assembleias de 51 escolas têm representação estudantil, e destas 16 fixam essa representação em termos de porcentagem em relação ao número total de integrantes e 35 a determinam em números absolutos. A representação estudantil é de 50% em duas escolas, 33% em oito e 25% em seis. Nas 35 escolas que fixam a representação em números absolutos, esta varia de um a seis, cifra que corresponde a menos de 10% do total de membros da assembleia.

Nas assembleias de cinco escolas de medicina existe representação de graduandos e geralmente é de 1% a 2%, salvo no Uruguai, onde é de 28%. As escolas com representação de graduandos também têm representação estudantil. A assembleia de apenas duas escolas tem representação de pessoal não acadêmico. Baseado nesses dados, pode-se concluir que, em geral, a assembleia das escolas é um órgão diretivo em que predominam os professores, em especial os de mais alto nível na carreira docente. A representação estudantil é mínima na maioria das escolas e, por seu número reduzido, não pode influir efetivamente nas decisões que competem a esse órgão de governo.

As funções da assembleia foram descritas como normativas, isto é, estabelecem as políticas de ordem geral. Na realidade, exerce a decisão final na unidade (faculdade) sobre o orçamento, o regulamento interno e o plano de estudos. Entretanto, a função mais importante parece ser a eleitoral, juntamente com a aprovação do informe anual do decano ou diretor. Assim, em 12 das 38 escolas com modelo de governo D, a assembleia possui apenas funções eleitorais.

O número de reuniões anuais da assembleia varia de uma escola a outra. Naquelas em que a assembleia é o único órgão colegiado, a média anual de reuniões em 1967 foi de 27,3, enquanto nas escolas que têm mais um conselho diretor, departamental ou ambos a média de reuniões foi de 7,7. Em seis escolas que possuem modelo de governo tipo B e C, a assembleia não se reuniu durante o ano de 1967.

Essas cifras parecem indicar que a assembleia vem perdendo muitas de suas funções, que estão sendo delegadas aos conselhos diretivos e departamentais, mesmo em escolas cujo regulamento lhe confere atribuições específicas.

O conselho diretor

O conselho diretor é um órgão colegiado pequeno que se encontra em 67% das escolas com curso completo. Em sua maioria esse órgão de governo constitui o verdadeiro órgão normativo e executivo da faculdade e é presidido pelo diretor, com a participação do vice-diretor, quando existe.

Em todas as escolas o conselho diretor está formado por representantes dos professores, salvo em duas em que é constituído pelos diretores das escolas e unidades que compõem a faculdade (Cuba). Esses representantes são eleitos por assembleias, congregações ou pelos professores, com a exceção de oito escolas nas quais os representantes do conselho são designados pelo diretor ou pelo reitor a pedido do diretor, e uma onde os professores representantes que permanecem elegem os novos membros.

Das 67 escolas com conselho diretor, 50 têm representação estudantil. Em seis destas escolas essa representação constitui 50% de todos os membros, sem contar o diretor e o vice-diretor; em três escolas constitui 33%; em uma 25%; e no restante, quer dizer, 40 escolas, é menos que 20%.

Em oito escolas os egressos geralmente eleitos pelos colégios médicos estão representados no conselho diretor. Em uma escola essa representação chega a 28% do total dos membros, enquanto no restante é menor que 10%.

Apenas uma escola tem representação do pessoal não acadêmico, e três escolas da Colômbia têm representação do conselho diretor universitário.

O número médio de membros do conselho diretor é 8,9 e sua média anual de reuniões em 52 escolas da América Latina é de 21,9 em 1967 (Quadro 94). Não há diferenças significativas entre as médias de reuniões anuais do conselho diretor das escolas com e sem assembleia.

Quadro 94. Média do número de membros e de reuniões anuais dos conselhos diretivos e departamentais, 1967

	Conselho diretivo		Conselho departamental	
	Média	**Desvio padrão**	**Média**	**Desvio padrão**
Número de membros	8,9 (N = 62)	11,6	13,0 (N = 40)	2,9
Número de reuniões	21,9 (N = 52)	16,1	16,4 (N = 33)	13,8

O conselho departamental

O conselho departamental é, como já foi mencionado, um órgão colegiado de criação recente, que põe as unidades administrativas em relação direta com o governo das escolas, já que está composto pelas chefias de departamento que implicam, pelo menos no plano teórico, uma posição administrativa independente da carreira docente.

Esse tipo de órgão colegiado tem sido confundido com outros existentes, tais como a congregação ou assembleia, porque nestes também participam os chefes

das unidades. Entretanto, a semelhança é só aparente na medida em que os chefes de unidade nesse sistema são chefes de cátedra e representam também o nível mais alto da carreira acadêmica, e em geral seus interesses estão guiados por seu pertencimento a esse estamento mais do que por seu pertencimento à unidade administrativo-docente. No sistema departamental, o chefe leva aos órgãos de governo a opinião de sua unidade, enquanto no sistema de cátedras isso não sucede.

O conselho departamental, como órgão de governo, existe em 40% das escolas com curso completo e possui um maior número de membros que o conselho diretor e um menor que a assembleia. Está constituído, como seu nome indica, pelos chefes de departamento; a eles se agregam o diretor da escola que o preside e, em muitas escolas, o vice-diretor e o secretário. Das 40 escolas com conselho departamental, 32 têm representação estudantil, 29 escolas têm um representante, duas escolas têm dois representantes e uma, cinco. Em 12 escolas existe, ademais, representação dos professores em número reduzido, e em duas o diretor do hospital também participa do conselho departamental.

É evidente que a introdução do departamento como um órgão de governo ao nível da faculdade significou uma redução da representação estamental e, em especial, do grupo estudantil. Isso constituiu um passo a mais no processo de burocratização da universidade e pode ser considerado como o triunfo do corpo docente no manejo dos assuntos universitários.

Nas escolas que têm assembleia, conselho diretor ou ambos, as atribuições dos conselhos departamentais são estritamente docentes, porém assumem funções administrativas quando esses organismos desaparecem. É comum que as autoridades unipessoais aumentem também seu poder efetivo e, em alguns casos, suas atribuições formais quando se cria o conselho departamental.

A média de reuniões anuais dos conselhos departamentais é relativamente menor que a dos conselhos diretivos (Quadro 94), quiçá porque, até agora, boa parte das escolas que possuem esse órgão de governo também possuem assembleia, conselho diretor ou ambos.

Autoridades unipessoais

As autoridades unipessoais desempenham, na maioria das escolas, funções executivas e se encontram sob a autoridade de um ou mais órgãos colegiados descritos anteriormente.

O diretor

O diretor constitui o poder executivo da faculdade de medicina e está subordinado à assembleia e ao conselho diretor (congregação). Na América Latina essa posição executiva é designada indistintamente com os nomes de decano e diretor, salvo onde as duas posições existem diferenciadas.

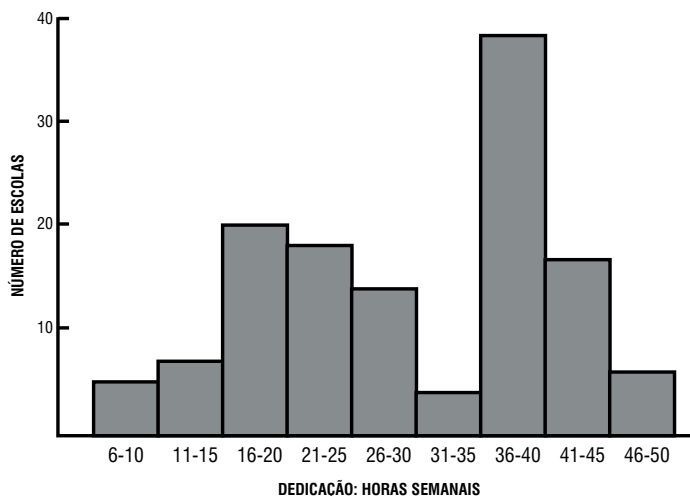
Neste último caso, o decano é o executivo da faculdade que engloba várias escolas, e os diretores são os executivos destas. Ainda que na maioria das escolas da América Latina as atribuições dos diretores, dadas por estatutos e regulamentos, estejam restritas, há casos em que se estendem até incluir funções do tipo normativo, que geralmente correspondem aos órgãos colegiados de governo.

Apesar de que na maioria das escolas o diretor não tem, por regulamento, suficiente independência para dirigir uma instituição tão complexa como a escola de medicina, as urgências da realidade fazem com que seu poder ultrapasse os limites fixados pelos estatutos, fazendo-se efetiva sua autoridade, especialmente nos casos em que o titular dedica o tempo suficiente para as funções sob sua responsabilidade.

A posição de diretor da faculdade costumava ser fundamentalmente representativa. O funcionamento diário da escola estava inteiramente nas mãos dos chefes de cátedra, que gozavam de um alto grau de autonomia, ao que se acrescentava sua influência como membro da assembleia.

À medida que o conceito de integração de disciplinas e unidades de ensino administrativo ganhou espaço, a ideia da necessidade de se ter um diretor em tempo integral também tomou forma. Essa nova tendência se manifesta ao analisar as horas dedicadas à prática de direção. Na referida análise, é possível fazer uma distinção entre os diretores que dedicam tempo integral às suas atividades e aqueles que dedicam apenas algumas horas a eles.

De fato, 48% dos 130 diretores pesquisados trabalham mais de 36 horas semanais em suas funções específicas, alguns deles com dedicação exclusiva; em outro extremo, 38% destinam entre 6 e 25 horas por semana; e entre um e outro grupo estão os que dedicam de 26 a 35 horas, fato que poderia testemunhar uma mudança na forma de conceber o desempenho do cargo (Figura 41).

Figura 41. Distribuição do número de decanos das escolas de medicina na América Latina segundo dedicação, 1967

Na época da pesquisa, 62% dos diretores da América Latina eram professores de disciplinas clínicas, uma circunstância que poderia ser explicada pelo prestígio que essas disciplinas possuem e pela predominância de clínicos entre os docentes.

No entanto, deve-se notar que os 38% dos diretores que vêm de áreas não clínicas são um número relativamente alto e refletem mudanças importantes que estão ocorrendo nas escolas, principalmente quando se observa que em cinco delas o diretor era professor de medicina preventiva e social (Figura 42).

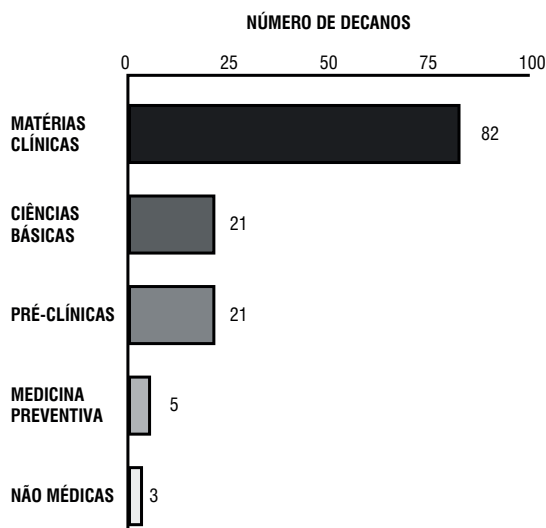
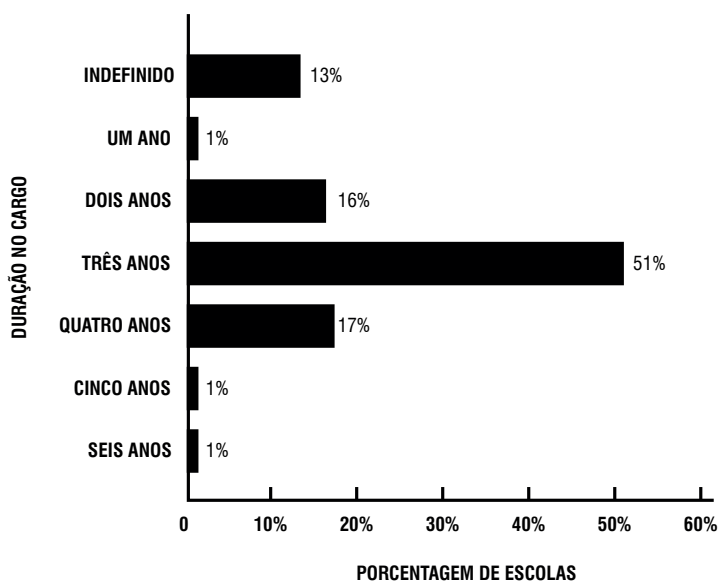
Figura 42. Decanos de faculdades de medicina segundo área de ensino

O exercício das funções de diretor parece ser essencialmente temporário. Parece que um dos mecanismos para diminuir sua autoridade é limitar a duração do mandato. Assim, apenas em 19% das escolas da América Latina, com um curso completo, o mandato dura quatro ou mais anos e, embora na maioria das escolas em que o diretor é nomeado por três anos ou menos a reeleição seja possível, isso é raro (Figura 43).

Figura 43. Porcentagem de escolas segundo a duração do decano no cargo

É necessário assinalar que em 13% das escolas analisadas a duração do cargo de direção não está especificada. Essa situação ocorre geralmente quando o diretor é designado diretamente por autoridades extrauniversitárias. Mesmo quando a nomeação é por tempo indefinido, isso não significa que a posição seja ocupada por um longo período, pois está sujeita ao influxo da política, especialmente quando a autoridade extrauniversitária que designa é o governo nacional ou estadual.

Existem três sistemas relacionados à designação dos diretores: a) eleição direta, feita pelos órgãos colegiados da faculdade ou da universidade; b) proposição de uma lista tríplice por uma autoridade da escola ou universidade a outra autoridade superior universitária ou extrauniversitária que procede a designação; e c) a nomeação direta por uma autoridade unipessoal universitária ou extrauniversitária.

Poucas escolas gozam de autocefalia, ou seja, da capacidade que têm os membros da escola de designar suas autoridades. Somente em 34% das escolas estuda-

das os integrantes da instituição podem eleger, mediante seus órgãos colegiados, o diretor. Na maioria das escolas, as autoridades superiores da universidade, Igreja ou o Estado são aqueles que têm a decisão final na designação do diretor (Quadro 95). Embora a decisão final possa ser formal, simboliza a subordinação da escola a outros poderes e, em algumas circunstâncias, eles se impuseram designando pessoas contra o desejo do pessoal docente e do corpo de estudantes.

Quadro 95. Porcentagem de escolas com curso completo segundo tipo de designação, 1967

Tipo de designação		Porcentagem
Eleição		
Eleitos pela assembleia universitária		8
Assembleia da faculdade		25
Conselho diretivo		8
Conselho departamental		1
Subtotal		42
Lista restrita e designação		
Lista restrita proposta por:	E eleito por:	
Assembleia universitária	Presidente da república	1
Assembleia universitária	Governador do estado	2
Assembleia universitária	Reitor	2
Reitor	Conselho universitário	7
Assembleia da faculdade	Presidente da república	27
Assembleia da faculdade	Reitor	1
Fundação privada	Presidente da república	2
Conselho diretivo da faculdade	Conselho universitário	1
Conselho diretivo da faculdade	Reitor	1
Subtotal		44
Nomeação direta		
Nomeado por:		
Governo nacional ou estadual		4
Autoridades eclesiásticas		6
Reitor		4
Subtotal		14
Total geral		100 (N = 100)

Em um elevado percentual de escolas a assembleia tem intervenção crucial na eleição do diretor: em 25% delas o ocupante desse cargo é eleito diretamente e em 28% se forma uma lista tríplice de candidatos. Levando-se em conta que nas assembleias predominam os professores de mais alto nível acadêmico, é possível compreender por que um bom número de decanos pertence a este grupo e por que o cargo simboliza o topo da carreira docente.

Relacionando algumas das variáveis analisadas anteriormente, esboçam-se dois tipos extremos de diretores: a) o que é eleito por seus pares e comprometido com eles, que permanece por curto tempo em seu posto, com dedicação em tempo parcial e autoridade restrita; b) um diretor com autoridade ampla e poderes que incluem aspectos normativos e executivos, designado por autoridades de fora da escola, por tempo indefinido, e que dedica boa parte de seu tempo às atividades próprias de sua função.

Entre esses dois extremos encontramos toda uma variedade de casos, que possivelmente são mais frequentes. Os dois tipos descritos, entretanto, denotam duas modalidades de organização: a) o primeiro tipo de diretor corresponderia a instituições pouco "burocratizadas", como têm sido as universidades desde a sua criação; e b) o segundo tipo é característico de organizações hierarquizadas nas quais a autoridade é monocrática e livre do questionamento de seus subordinados. Este último tipo corresponde à imagem que se tem da universidade norte-americana e que fizera Weber exclamar

> [...] somente um presidente universitário (tipo norte-americano) autônomo e investido por longo período de tempo poderia criar uma autêntica administração autônoma das universidades que não consistisse em frases e atos solenes, mas a vaidade dos claustros acadêmicos e os interesses de poder da burocracia resistem a semelhantes consequências.[16]

Alguns educadores não compartilham o entusiasmo de Weber por uma organização universitária burocrática e monocrática porque veem nesta um perigo para a liberdade acadêmica e para o espírito de comunidade que deveria predominar sobre a eficiência administrativa. Em todo caso, parece que a tendência é para a burocratização das instituições docentes, como pode se confirmar pela criação, na América Latina, de universidades e escolas onde reitores e diretores assumem um poder que lhes tem permitido o estabelecimento de "aparatos" de governo estáveis. A introdução do sistema departamental, especialmente dos conselhos departamentais, ajudou efetivamente o processo de burocratização mencionado. A separação entre a estrutura acadêmica e a administrativa poderia resolver o dilema burocracia-democracia, como é proposto na reforma

da Universidade Peruana. Nos aspectos burocráticos o modelo aconselhável seria o burocrático-monocrático, enquanto no acadêmico a estrutura deveria ser colegiada e democrática.

O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES

A tomada de decisões, quer dizer, a escolha entre diferentes alternativas de ação, é o centro das atividades dos corpos diretivos. Para cumprir com essa função de forma "racional" é necessário que as autoridades competentes tenham uma ideia clara das metas da instituição; façam uma investigação exaustiva dos meios disponíveis para alcançar esses objetivos; avaliem os custos e benefícios de cada uma das alternativas possíveis; e, finalmente, selecionem as metas e meios que possam oferecer os maiores benefícios e as menores desvantagens.

Na realidade, a forma de tomar as decisões nas escolas de medicina da América Latina é bem diferente desse modelo racional, porque as metas dessas instituições não foram definidas ou o foram de forma muito vaga, falta informação sobre os diferentes meios para alcançar os objetivos e, fundamentalmente, porque muitas das soluções que deveriam ser escolhidas implicariam criar conflitos internos cujas consequências são difíceis de prever. Para economizar o tempo, o custo e a tensão demandada por decisões racionais, as autoridades das escolas têm empregado diversos mecanismos e rotinas. Assim, ao traçar a origem de muitos planos de estudos, foi possível constatar que são simples cópias de outras universidades.

O incremento de matérias e a aprovação do orçamento são as rotinas mais amplamente adotadas para solucionar a demanda por mudanças, pois, com isso, admite-se a legitimidade do estabelecido anteriormente e, assim, evita-se o exercício da tomada de decisão racional. A introdução do ensino da medicina preventiva ilustra bem esse fenômeno, já que sua incorporação deveria ter coincidido com uma reestruturação total do plano de estudos, dado que o modelo implícito no currículo estabelecido não era compatível com a nova disciplina. Porém, a solução que se adotou em quase todas as escolas foi aumentar as horas de ensino, a fim de poder incluir novas disciplinas.

Participação nas decisões sobre o plano de estudos

É óbvio que a meta principal de uma escola de medicina é formar médicos; em outras palavras, transformar, com um fim previamente determinado, o

produto humano que lhe é entregue pela escola secundária. Essa transformação é induzida seguindo um plano cuja construção, de forma ideal, segue os mesmos passos que a construção de um barco de guerra, tal como o descreveu Sir Oswn Murray, citado por Simon.[17] Se começa por definir em termos muito gerais as características que se deseja incorporar no novo desenho. Logo se formulam esquemas provisórios e se calculam o custo, o tempo e os recursos que requerem os diferentes passos do desenho. Uma vez selecionada uma das alternativas, intervêm os especialistas para preencher o esquema geral. É muito provável que a participação dos especialistas ao formular os detalhes leve a alterações do esboço original e este, em um processo dialético, a novas modificações.

Em organizações hierarquicamente estruturadas esse processo segue a linha de autoridade, porém este não é o caso nas escolas de medicina em que, como já foi analisado, muitas vezes os subordinados têm influência sobre as autoridades superiores. Caberia se perguntar, então, quem são os que intervêm no processo de desenho de um plano de estudos, desde seus aspectos mais gerais até seus detalhes? Se seguimos o modelo referido, podemos distinguir as seguintes etapas: a) determinação das metas e objetivos; b) esquema do plano de estudos do curso médico; c) determinação das disciplinas; d) fixação das horas de ensino de uma disciplina; e) programa de cada disciplina; e f) adoção de métodos e técnicas de ensino. Cada uma dessas etapas pressupõe que as anteriores tenham sido discutidas, e essas metas e objetivos serão retomados caso a discussão das últimas resultem em modificações necessárias.

Plano de estudos

O termo "plano de estudos" é usado com diferentes significados e é empregado muitas vezes sem ter sido definido. Entenderemos por currículo ou plano de estudos a distribuição e a ordem das partes ou unidades que compõem o ensino. O desenho do currículo deve ser precedido da formulação dos objetivos que se deseja alcançar e dos princípios educacionais que devem ser respeitados. Até agora são poucas as escolas que procederam dessa forma, e com frequência os planos de estudos não têm objetivos explícitos.

Tradicionalmente as disciplinas são as partes que constituem o currículo e estão distribuídas por semestres ou anos acadêmicos. As matérias, de modo geral, correspondem a disciplinas ou partes de disciplinas bem estabelecidas. Essa estrutura do ensino é a que encontramos fazendo parte dos estatutos e regulamentos das escolas de medicina, quer dizer, uma divisão por anos em que aparecem os nomes das matérias correspondentes a cada ano e, em alguns casos, a distribuição da carga horária de cada matéria.

Analisados os regulamentos das escolas e, no caso de estes não existirem, analisando os antecedentes da escola, descobrimos que a decisão final de aprovar o plano de estudos do curso médico corresponde, em geral, ao conselho universitário (Figura 44). No Brasil, entretanto, de acordo com o artigo 26 da Lei de Diretrizes e Bases, o Conselho Federal de Educação fixa um currículo mínimo e uma duração mínima dos cursos superiores correspondentes a profissões regulamentadas por lei. Ainda assim, as universidades e as escolas podem agregar matérias e ordená-las no tempo que queiram e, em casos excepcionais, podem declará-las como matéria experimental e fugir das restrições impostas pelo Conselho Federal de Educação.

Os conselhos universitários têm, nesse aspecto, uma influência decisiva. Porém, não podem exercê-la porque estão integrados por diretores de todas as escolas e faculdades e, como não têm o conhecimento necessário para julgá-lo, aprovam o plano de estudos que lhes é apresentado. Portanto, o verdadeiro poder se encontra nas instâncias prévias, que são, para a maioria das escolas, a assembleia da faculdade e o conselho diretor.

A aprovação de um novo plano de estudos é difícil e lenta nesses órgãos de governo por seu caráter colegiado e porque alguns dos professores catedráticos que os integram se mostram relutantes a qualquer tentativa de mudança ou modificação na "matéria" ou "cátedra" que ensinam. Geralmente a iniciativa de mudança parte das unidades operativas, do diretor ou de uma comissão assessora encarregada de estudar o problema, porém em raras ocasiões todos os níveis do corpo docente participam da discussão, menos ainda o estudantado. É quiçá por essa estrutura de governo que a universidade e suas escolas tendem a ser conservadoras nos aspectos educacionais. As mudanças radicais de planos de estudo ocorreram apenas em escolas recém-criadas ou naquelas onde a autoridade unipessoal goza de amplos poderes.

Até hoje em dia o tipo de plano de estudos cursado é considerado como uma garantia da qualidade da formação das profissões; isso é, em realidade, uma substituição do fim pelo meio, se se considera que a garantia que tem uma população da competência do profissional são seus conhecimentos, e não o plano de estudos que cursou e foi aprovado. A importância dada aos planos de estudos chegou a tal extremo que em algumas escolas, para aceitar alunos de outras instituições, considera-se a correspondência das matérias aprovadas, e não os conhecimentos do solicitante.

Figura 44. Processo de tomada de decisão sobre o plano de estudos do curso médico

NÍVEIS DE AUTORIDADE	INSTÂNCIAS NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO 1º – Decisão final	1º – Decisão prévia	2º – Decisão final	2º – Decisão prévia	3º – Decisão final	3º – Decisão prévia	4º – Decisão final	4º – Decisão prévia	5º – Decisão final	PORCENTAGEM DE ESCOLAS PELO ÚLTIMO NÍVEL QUE APROVA A DECISÃO
UNIDADE OPERATIVA [CÁTEDRA OU DEPARTAMENTO]		25								
COMISSÃO ASSESSORA		21		3						
DECANO OU DIRETOR	1	18	1	10		2				2%
CONSELHO DEPARTAMENTAL	1	9	2	7	1	1				4%
CONSELHO DIRETIVO		11	15	12	2	7	1			20%
ASSEMBLEIA DE ESCOLA OU FACULDADE	2	2	9	6	4	2	1	1		18%
REITOR			3	1	1		2			7%
CONSELHO UNIVERSITÁRIO			17		19		7		1	48%
PORCENTAGEM DE ESCOLAS POR NÚMERO DE INSTÂNCIAS REQUERIDAS PARA TOMAR A DECISÃO	5%		52%		30%		12%		1%	100% (90)

DECISÃO PRÉVIA

DECISÃO FINAL

Introdução de uma nova matéria no plano de estudos

Ante a impossibilidade de mudar um plano de estudos, a solução mais frequente tem sido a sua modificação, empregando a rotina de aumentar as matérias. Nas escolas de medicina em que se obteve informação, essa decisão é exercida pelos mesmos órgãos de governo responsáveis pela aprovação do plano de estudos (Figura 45).

Sabemos, entretanto, que é mais fácil introduzir novas matérias que eliminá-las ou modificar completamente o plano de estudos, já que esse procedimento não interfere tanto, ou de todo, com interesses criados.

Observa-se, na análise, que as comissões diminuem como iniciadoras desse processo e que são as unidades operativas as que, junto com diretores e conselhos diretivos, estão interessadas nessas mudanças. Isso não é de estranhar, já que muitas escolas têm comissões permanentes para o estudo do currículo ou as criam em momentos em que a demanda por mudança é maior. A introdução de uma dada matéria obedece a interesses mais restritos e, em muitos casos, parte apenas de um motivo pessoal.

Figura 45. Processo de tomada de decisão sobre a introdução de uma nova disciplina ou matéria no plano de estudo

NÍVEIS DE AUTORIDADE	INSTÂNCIAS NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO					PORCENTAGEM DE ESCOLAS PELO ÚLTIMO NÍVEL QUE APROVA A DECISÃO
	1º	2º	3º	4º	5º	
UNIDADE OPERATIVA [CÁTEDRA OU DEPARTAMENTO]	30					
COMISSÃO ASSESSORA	11	1 5				1%
DECANO OU DIRETOR	17	2 8	1			2%
CONSELHO DEPARTAMENTAL	9	4 5				5%
CONSELHO DIRETIVO	15	11 12	4 5	1		19%
ASSEMBLEIA DE ESCOLA OU FACULDADE	1	8 5	4 4	1		16%
REITOR		3	1	1 1		6%
CONSELHO UNIVERSITÁRIO		19	16	6	1	51%
PORCENTAGEM DE ESCOLAS POR NÚMERO DE INSTÂNCIAS REQUERIDAS PARA TOMAR A DECISÃO	0%	58%	30%	11%	1%	100% (83)

DECISÃO PRÉVIA

DECISÃO FINAL

Redução ou ampliação da carga horária de ensino de uma matéria

A redução ou ampliação das horas de ensino das matérias e a redistribuição delas são as mudanças mais frequentemente observadas nas escolas de medicina. A luta por mais horas no plano de estudos é um fato constante no ambiente universitário e um sinal de prestígio para quem consegue que "sua" matéria tenha um maior número de horas que outras. Isso geralmente significa mais pessoal e uma parcela maior do orçamento.

Porém, ampliar as horas de uma matéria implica reduzir outras ou aumentar o total de horas de ensino do curso. Aqui também a rotina do incremento geralmente triunfa sobre a solução da distribuição das horas, e é assim que as escolas foram paulatinamente aumentando o número de anos do curso médico e o total de horas de ensino. Analisando a informação das escolas, encontramos uma mudança a respeito das decisões anteriores: a instância final da decisão se translada, na maioria das escolas, ao nível do conselho diretor, e a unidade operativa adquire maior importância na iniciação do processo (Figura 46).

Também podemos observar que o número de passos para aprovação de mudanças diminui notavelmente se o comparamos com as decisões anteriores. Na maioria das escolas se requer a consideração de dois órgãos de governo para a aprovação dessa decisão, enquanto nas anteriores eram necessárias três ou mais instâncias.

Figura 46. Processo de tomada de decisão sobre redução ou ampliação das horas de ensino de uma disciplina

NÍVEIS DE AUTORIDADE	1º	2º	3º	4º	PORCENTAGEM DE ESCOLAS SEGUNDO ÚLTIMO NÍVEL QUE APROVA A DECISÃO
UNIDADE OPERATIVA [CÁTEDRA OU DEPARTAMENTO]	1 / 55				
COMISSÃO ASSESSORA	7	2 / 6			3%
DECANO OU DIRETOR	10	10 / 8			12%
CONSELHO DEPARTAMENTAL	4	8 / 4	3 / 1		14%
CONSELHO DIRETIVO	5	24 / 1	7 / 2		38%
ASSEMBLEIA DE ESCOLA OU FACULDADE		6 / 1	4	1	14%
REITOR		1 / 1			1%
CONSELHO UNIVERSITÁRIO		9	4	2	18%
PORCENTAGEM DE ESCOLAS POR NÚMERO DE INSTÂNCIAS REQUERIDAS PARA TOMAR A DECISÃO	1%	73%	22%	4%	100% (82)

INSTÂNCIAS NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO

DECISÃO PRÉVIA

DECISÃO FINAL

Programa de uma matéria

O programa de uma matéria significa a especificação do conteúdo da matéria em termos do conhecimento que deverá ser transmitido. Geralmente se apresenta como uma lista de temas e, em alguns casos, contempla também sua sequência no tempo e a carga horária destinada a cada tema. É raro encontrar esta última especificação nos programas de matérias nas escolas da América Latina, e mais raro ainda encontrar programas que contenham a apresentação de objetivos. A maioria das escolas solicita que as unidades operativas, sejam estas cátedras ou departamentos, apresentem seus programas para aprovação. Poder-se-ia crer que os programas são solicitados para que um certo nível central os analise, a fim de eliminar repetições desnecessárias de temas, coordenar o ensino de tópicos e considerar a sequência de ensino de diversos tópicos, porém na maioria dos casos isso não é assim. Todo o processo de solicitação e aprovação de programas se converte em um ritual na maioria das escolas. A publicação dos programas da escola – de forma separada ou em um catálogo – cumpre com a função de manter os alunos informados quanto aos exames, e é por isso que geralmente os catálogos são simples coleções de programas, nos quais frequentemente não existe homogeneidade na apresentação.

A análise do processo de apresentação e aprovação do programa de uma matéria revela que o poder de decisão radica, na maioria dos casos, ao nível do conselho diretor (Figura 47).

O processo de aprovação do programa se inicia obviamente na unidade operativa (departamento ou cátedra), e em alguns casos esta tem o poder de aprovar, fato que indica a falta de coordenação que existe em algumas escolas.

Figura 47. Processo de tomada de decisão sobre o programa de ensino de uma disciplina

NÍVEIS DE AUTORIDADE	INSTÂNCIAS NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO 1º	2º	3º	4º	PORCENTAGEM DE ESCOLAS PELO ÚLTIMO NÍVEL QUE APROVA A DECISÃO
UNIDADE OPERATIVA [CÁTEDRA OU DEPARTAMENTO]	6 (final) / 74 (prévia)				7%
COMISSÃO ASSESSORA	1 (final) / 1 (prévia)	1 (final) / 4 (prévia)			2%
DECANO OU DIRETOR	1 (final)	11 (final) / 5 (prévia)	1 (final)		16%
CONSELHO DEPARTAMENTAL	1 (prévia)	8 (final) / 5 (prévia)	2 (final)		12%
CONSELHO DIRETIVO		32 (final) / 4 (prévia)	3 (final) / 1 (prévia)		42%
ASSEMBLEIA DE ESCOLA OU FACULDADE		6 (final)	9 (final)		18%
REITOR			2 (final)		2%
CONSELHO UNIVERSITÁRIO				1 (final)	1%
PORCENTAGEM DE ESCOLAS POR NÚMERO DE INSTÂNCIAS REQUERIDAS PARA TOMAR A DECISÃO	10%	69%	20%	1%	100% (84)

Legenda: DECISÃO PRÉVIA (caixa tracejada); DECISÃO FINAL (caixa contínua)

Introdução de novas técnicas ou métodos de ensino

Este último passo no desenho de um currículo se encontra sob a exclusiva responsabilidade das unidades operativas (Figura 48). Em algumas escolas são estabelecidas algumas normas gerais sobre métodos de ensino, como, por exemplo, a proporção de horas de ensino práticas e teóricas, porém na maioria essa decisão fica a juízo dos professores que ensinam a matéria.

Em pouquíssimas escolas a introdução de novos métodos de ensino é tomada como experimento educacional que possa ser aproveitado por outras unidades, e nenhuma, até onde sabemos, avaliou cientificamente os resultados de um método educacional comparando-o com outros. Há alguns anos, por exemplo, difundiu-se a ideia de eliminar as classes teóricas sem considerar as funções que estas cumprem e sem comprovar empiricamente muitas das desvantagens que lhes foram atribuídas. Essa posição era compreensível, como uma reação contra o predomínio das aulas teóricas, porém tal ação carece de fundamento científico.

A análise dos diversos passos que levam ao desenho do plano de estudos assinala a existência de uma hierarquização entre aqueles que tomam a decisão e intervêm no processo. É assim que a aprovação e, em alguns casos, a elaboração do esquema geral do currículo permanecem nas mãos das maiores autoridades da universidade e do governo nacional; a redução ou ampliação das horas de ensino e a aprovação dos programas permanecem ao nível do conselho diretor e, finalmente, os métodos educacionais, ao nível operativo. Reduz-se, nessa mesma ordem, o número de instâncias necessárias para a aprovação da decisão. O processo parece seguir um caminho racional se considerarmos o modelo dado anteriormente, porém falta, em todo o processo, um nível central que coordene todas as etapas em um vaivém que iria do mais geral ao mais particular e vice-versa. Devemos agregar a isso que as etapas consideradas como mais gerais não o são, dado que carecem dos objetivos e dos princípios que permitiriam dividir e ordenar o todo de uma forma significativa.

Figura 48. Processo de tomada de decisão sobre introdução de novas técnicas de ensino

NÍVEIS DE AUTORIDADE	INSTÂNCIAS NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO 1º	2º	3º	4º	PORCENTAGEM DE ESCOLAS PELO ÚLTIMO NÍVEL QUE APROVA A DECISÃO
UNIDADE OPERATIVA [CÁTEDRA OU DEPARTAMENTO]	26 48				31%
COMISSÃO ASSESSORA	5	2 2			2%
DECANO OU DIRETOR	1 2	5 7	1		7%
CONSELHO DEPARTAMENTAL	1	15 3			18%
CONSELHO DIRETIVO	2	17 1	6	1	29%
ASSEMBLEIA DE ESCOLA OU FACULDADE		3	5		10%
REITOR		1			1%
CONSELHO UNIVERSITÁRIO		1	1		2%
PORCENTAGEM DE ESCOLAS POR NÚMERO DE INSTÂNCIAS REQUERIDAS PARA TOMAR A DECISÃO	32%	53%	14%	1%	100% (84)

DECISÃO PRÉVIA

DECISÃO FINAL

CONCLUSÕES

Alguns autores consideram que a universidade e as escolas que a integram confrontam o dilema de escolher entre burocracia e democracia, enquanto outros não veem tal conflito, já que a burocratização é o destino inevitável da universidade e, por conseguinte, o afastamento do ideal de universidade governada por uma comunidade de professores e alunos. A universidade burocrática é descrita como eficiente e impessoal, servindo à sociedade e sendo controlada por ela; e a universidade democrática é vista como uma comunidade de iguais, despreocupada do que acontece extramuros, livre em sua prisão de marfim. Essas imagens orientam toda a polêmica atual das funções da universidade, descartando a possibilidade que ambos os sistemas, vistos agora como contraditórios, possam coexistir em harmonia ou ao menos sem conflito aparente.

É verdade, como sustenta a teoria burocrática, que o manejo eficiente dos assuntos administrativos requer uma linha definida e um centro de autoridade, porém também é certo que a atividade profissional, seja esta o ensino, a pesquisa ou a prestação de serviços, para seu melhor desempenho necessita de um grau de liberdade e autonomia que não é possível encontrar em instituições burocráticas.

O dilema que se coloca entre democracia e burocracia não representa apenas uma eleição entre dois sistemas de governo com características diferentes. A adoção de um ou outro desses sistemas implica transformações na relação de poder entre os grupos que intervêm no processo de ensino.

A divisão técnica do ensino dentro da escola dá origem à função de direção com o fim de coordenar o ensino global. Quando essa função surge no processo de ensino está, geralmente, a cargo dos agentes de ensino, os quais exercem de forma direta as tarefas técnico-administrativas, sem abandonar a participação no processo de ensino. Essa forma de direção, como se indicou anteriormente, tem sido chamada de democracia direta.

A função de organização e direção é utilizada com um fim político quando se estabelece uma divisão social entre os participantes no processo de ensino, tal como ocorre entre professores e alunos, quando existe diferença de poder. À medida que aumenta a divisão técnica e se acentua a divisão social entre os agentes de ensino, surge a necessidade de contar com agentes indiretos que se dediquem de forma integral a essas funções. Os grupos com menor poder tratarão de evitar que isso ocorra, pois levaria à consolidação das posições dos grupos dominantes. É assim que a determinação do tipo de governo se converte no campo de batalha dos grupos existentes na universidade.

A instauração da administração burocrática e da monocracia representa a consolidação dos grupos dominantes dentro da instituição educacional. Entretanto, uma vez alcançada a mudança, os agentes indiretos do ensino entram em conflito com os agentes diretos os quais representavam. Essa situação explica por que algumas soluções propostas para o dilema democracia-burocracia contemplam a criação de dois sistemas de organização na mesma instituição, um burocrático para as atividades administrativas e outro democrático para as funções técnicas, atribuindo aos agentes diretos o poder de tomar decisões finais nos assuntos pedagógicos.

A análise apresentada neste capítulo evidencia que outros grupos ou setores universitários e extrauniversitários, além dos agentes de ensino e dos estudantes, intervêm no processo de tomada de decisão. Isso se deve à autonomia relativa que o processo de formação de médicos tem com outros processos, fenômeno que é analisado com mais detalhes no "Epílogo" deste livro.

A influência de outros setores nas decisões tomadas no campo educacional médico é observada particularmente a respeito da quantidade e qualidade de candidatos que deverão ser admitidos na escola e na determinação da quantidade e qualidade de seus graduados. O primeiro aspecto é tratado com amplitude no capítulo sobre a articulação entre a educação de nível médio e a educação médica. Quanto ao segundo, cabe expressar que, como se viu ao analisar o processo de tomada de decisões, a fixação de objetivos da educação médica ficou nas mãos das autoridades das escolas de medicina e, paradoxalmente, o poder para decidir sobre o plano para alcançar esses objetivos vagamente definidos foi tomado em muitos países pelo Estado ou por grupos externos à universidade.

NOTAS

1 Herbert A. Simon disse a respeito: "A organização administrativa é caracterizada pela especialização – tarefas específicas são delegadas a partes específicas da organização. Essa especialização pode assumir a forma de divisão 'vertical' do trabalho. Uma pirâmide ou hierarquia de autoridade pode ser estabelecida, com maior ou menor formalidade, e as funções decisórias podem ser especializadas entre os membros dessa hierarquia". (SIMON, H. A. *Administrative Behaviour*. New York: The Free Press, 1957)

2 Herbert A. Simon disse a respeito: "A organização administrativa é caracterizada pela especialização – tarefas específicas são delegadas a partes específicas da organização. Essa especialização pode assumir a forma de divisão 'vertical' do trabalho. Uma pirâmide ou hierarquia de autoridade pode ser estabelecida, com maior ou menor formalidade, e as funções decisórias podem ser especializadas entre os membros dessa hierarquia". (SIMON, H. A. *Administrative Behaviour*. New York: The Free Press, 1957)

3 WEBER, M. *Economía y Sociedad*. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 1944. Tomo 1. Max Weber afirma que "o tipo mais puro de dominação legal é aquele exercido por meio de um quadro administrativo burocrático. Somente o líder da associação ocupa seu cargo de império, seja por apropriação, por eleição ou por nomeação de seu antecessor. Mas seus poderes de comando também são 'competências' legais. Todo o quadro administrativo é composto, no tipo mais puro, por funcionários individuais (monocracia em oposição à colegialidade)".

4 Nos Estados Unidos a administração em educação superior tem tido um grande desenvolvimento, e várias universidades oferecem cursos especiais para formar especialistas nessa área. Existem vários livros sobre administração e governo de universidades norte-americanas, dos quais podem ser recomendados: BURNS, G. P. (ed.). *Administrators in Higher Education*. New York: Harper and Row, Publishers, 1962; e CORSON, J. J. *Governance of Colleges and Universities*. New York: McGraw-Hill Book Company, Inc., 1960.

5 Durante a década de 1960 alguns educadores atribuíram os problemas da universidade a uma ineficiente administração e pensaram que a aplicação dos princípios que haviam tido êxito na indústria traria um melhoramento da situação universitária. Constituem exemplos dessa tendência o livro de Gino Martinoli: *L'Universitá come impresa* (La Nuova Italia Editrice, Firenze, 1967) e o artigo de Julio H. G. Olivera: "The University as a Production Unit", na *Higher Education and Latin American Development* (Roundtables, Inter-American Development Bank, Asunción, Paraguay, 1965). A ideologia que informa esses trabalhos se infere da seguinte frase de Martioli, quando fala da distância tecnológica que separa a Itália da Europa e a Europa dos Estados Unidos: "As causas profundas do gap não são misteriosas nem complexas, remontam a toda aquela série de disfunções e anomalias causadas pela aplicação humana ou pela absoluta falta de aplicação dos mais modestos critérios de organização funcional em todas as fases do nosso procedimento". Por sua vez, Julio H. G. Olivera disse que "[...] universidades são unidades de produção, ou seja, empresas. Como em toda organização desse tipo, combinam fatores de produção para obter bens valiosos. Diferem de outros tipos de empresas pelo caráter intelectual desses bens e, em geral, pela natureza não pecuniária de seus fins. Mas, como em todo empreendimento econômico, a realização desses objetivos depende da quantidade e da utilização eficiente de seu capital humano e material". O enfoque teórico desses educadores é claramente funcionalista, como se pode observar pela conceitualização utilizada e pelas conclusões às quais chegam. Essa corrente encontrou resistência entre os estudantes, alguns dos quais, como no caso de Carl Davidson, se perguntavam: "Que sentido faz referir-se à universidade como uma fábrica? É apenas uma boa analogia? Ou tem mais do que isso?". (WALLERSTEIN, I.; STARR, P. (ed.). *The University Crisis Reader*. New York: Vintage Books, 1971. v. 1. Panfleto reimpresso no livro.)

6 BALDRIDGE, J. V. *Power and Conflict in the University*. New York: John Wiley and Sons, Inc., 1971.

7 KERR, C. *The uses of the University*. Cambridge: Harvard University Press, 1963.

8 HASTINGS, R. *The Universities of Europe in the Middle Ages*. London: Oxford University Press, 1936. v. 1. A maioria das referências que se fazem no texto sobre a universidade medieval foram extraídas do livro de Rashdall.

9 Veblen, fazendo uso de sua penetrante ironia, dizia em 1918, ao se referir ao poder dos homens de negócio na universidade norte-americana: "A discrição final nos assuntos das sedes de ensino é confiada a homens que provaram sua capacidade para o trabalho que nada tem em comum com o ensino superior". (VEBLEN, T. *The Higher Learning in America*. New York: Hill and Wang, 1965)

10 KERR, C. *The uses of the University*. Cambridge: Harvard University Press, 1963.

11 O conflito ocorrido no Chile entre as duas posições mencionadas não corresponde ao que ocorre em outras universidades da América Latina, onde a participação do estudantado no governo deixou

de ser considerada uma meta revolucionária. Um exemplo do novo caráter da luta estudantil constitui a chamada crise universitária colombiana ocorrida em 1971. Em um dos manifestos produzidos em Medelín a respeito do conflito universitário, foi dito que "o cogoverno foi formulado como uma conquista revolucionária quando, na verdade, não passa de um postulado reformista. O verdadeiro governo da universidade não está e não pode estar nela, mas fora dela: é antes de tudo a demanda imposta pela forma e conteúdo da educação, uma demanda que também não é autônoma e responde ao próprio processo de produção. No segundo mandato, a universidade é regida – direta ou indiretamente – pelo Estado, que regula as demandas da demanda: plano de estudos, concessão de títulos, reconhecimento de universidades, distribuição de 'auxílios' etc.; o que se trata, então, não é o governo, mas a administração da universidade. Agora, por parte do Estado, a concessão do cogoverno, que era um postulado subversivo até pouco tempo, nada mais é do que uma manobra para frear a luta estudantil na atualidade e uma forma de tornar menos traumática a tarefa de adequar a oferta à demanda por mão de obra qualificada, pois os alunos e professores da administração não fariam mais do que servir de para-raios para o governo nos protestos pela redução de cotas e arcariam com grande parte da responsabilidade pelos efeitos do sistema sobre a educação". Extraído de "Alguns aspectos gerais da luta estudantil", que se encontram reproduzidos no livro: *Crisis Universitaria Colombiana.* (Medellín: Ediciones El Tigre de Papel, 1971).

12 Congregação – ver nota 1 (N. T.).

13 WEBER, M. *Economía y Sociedad*. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 1944. Tomo 1. Max Weber afirma que "o tipo mais puro de dominação legal é aquele exercido por meio de um quadro administrativo burocrático. Somente o líder da associação ocupa seu cargo de império, seja por apropriação, por eleição ou por nomeação de seu antecessor. Mas seus poderes de comando também são 'competências' legais. Todo o quadro administrativo é composto, no tipo mais puro, por funcionários individuais (monocracia em oposição à colegialidade)".

14 JADRESIC, A. La reforma universitaria y la facultad de medicina. *Revista de Educación*, Santiago de Chile, 1969.

15 WEBER, M. *Economía y Sociedad*. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 1944. Tomo 1. Max Weber afirma que "o tipo mais puro de dominação legal é aquele exercido por meio de um quadro administrativo burocrático. Somente o líder da associação ocupa seu cargo de império, seja por apropriação, por eleição ou por nomeação de seu antecessor. Mas seus poderes de comando também são 'competências' legais. Todo o quadro administrativo é composto, no tipo mais puro, por funcionários individuais (monocracia em oposição à colegialidade)".

16 WEBER, M. *Economía y Sociedad*. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 1944. Tomo 1. Max Weber afirma que "o tipo mais puro de dominação legal é aquele exercido por meio de um quadro administrativo burocrático. Somente o líder da associação ocupa seu cargo de império, seja por apropriação, por eleição ou por nomeação de seu antecessor. Mas seus poderes de comando também são 'competências' legais. Todo o quadro administrativo é composto, no tipo mais puro, por funcionários individuais (monocracia em oposição à colegialidade)".

17 Herbert A. Simon disse a respeito: "A organização administrativa é caracterizada pela especialização – tarefas específicas são delegadas a partes específicas da organização. Essa especialização pode assumir a forma de divisão 'vertical' do trabalho. Uma pirâmide ou hierarquia de autoridade pode ser estabelecida, com maior ou menor formalidade, e as funções decisórias podem ser especializadas entre os membros dessa hierarquia". (SIMON, H. A. *Administrative Behaviour*. New York: The Free Press, 1957)

CAPÍTULO 9

ESTRUTURA ADMINISTRATIVA DAS ESCOLAS DE MEDICINA

A história das escolas de medicina pode ser percebida, do ponto de vista da sua estrutura formal, como a transformação gradual de um sistema de relações individuais em um sistema de relações entre vários níveis e unidades. Assim, a faculdade de medicina, que durante a Idade Média carecia de uma divisão interna, foi se transformando paulatinamente até constituir-se em um conjunto de unidades e níveis de autoridade inter-relacionadas.

Três fatores parecem estar intimamente ligados a essa metamorfose das escolas de medicina: a) mudanças na finalidade da universidade; b) aumento do conhecimento médico; e c) aumento do número de estudantes.

a) No século XIX a universidade incorporou como metas a pesquisa e a prestação de serviços e, em consequência, o papel do professor torna-se mais complexo, tornando-se difícil que uma só pessoa pudesse desempenhar, com um grau de eficiência razoável, tal grupo de atividades. Como resultado da ampliação das finalidades da universidade, produziu-se a alocação de mais de um professor em cada disciplina, bem como a divisão do trabalho entre os professores e a criação de uma hierarquia interna. Pouco a pouco foram se formando núcleos de professores em torno de cada componente curricular, e assim a estrutura do currículo passou a determinar a estrutura da organização.

b) Influem também na criação de grupos de pessoal docente para cada componente curricular o surgimento, durante o século XIX, de uma intensa atividade científica e a criação de instrumentos para diagnóstico e tratamento dos doentes. Tudo isso conduziu à fragmentação das disciplinas e ao aparecimento das especialidades médicas, posto que o volume do conhecimento produzido não permite ao professor o completo domínio de uma disciplina.

O aumento do conhecimento científico em cada disciplina criou a necessidade de aumentar o pessoal docente encarregado do ensino e da pesquisa

e produziu o desaparecimento do tipo de professor, comum até então, capaz de ensinar e pesquisar em diversos campos da área médica. Um exemplo da mudança ocorrida durante o século XIX pode ser encontrado no relato de dois professores franceses, Esteban Gayraud e Domingo Domec, contratados para reformar a Faculdade de Medicina de Quito, Equador.[1] Segundo eles, ao assumirem suas funções, a faculdade era regida pelo Regulamento de Estudos Gerais de 1864, que fixava em quatro o número de professores: o primeiro ensinava anatomia descritiva, acompanhada de demonstrações nos cadáveres do hospital, e anatomia geral; o segundo, fisiologia, higiene e cirurgia; o terceiro, patologia geral, semiologia, etiologia, nosologia, anatomia patológica, medicina legal, toxicologia e obstetrícia; e o quarto, terapêutica, matéria médica, clínica e farmácia.

Uma das primeiras mudanças que os referidos médicos introduziram foi elevar o número de professores para sete e, posteriormente, criar postos para agregados, a fim de ter em cada cátedra uma pessoa como professor adjunto. Além disso, criaram funções de ajudantes: um auxiliar de anatomia e o chefe de trabalhos anatômicos para ajudar o professor de anatomia e realizar os trabalhos da Escola Prática de Anatomia. A cátedra de anatomia é, na maioria das escolas de medicina da América Latina, uma das unidades que primeiro conseguiu ter um grupo relativamente numeroso de pessoal docente classificado em várias categorias.

A criação de hierarquias entre os professores acompanha a criação de unidades claramente identificáveis, o que expressa um crescimento do conhecimento e, ao mesmo tempo, a expansão das instituições de ensino.

c) O terceiro fator que levou à divisão interna das universidades e das escolas que as compõem foi um aumento progressivo do alunado, que demandou um número maior de docentes. Diferentemente dos fatores previamente analisados, este conduziu à criação não só de uma unidade para cada componente curricular, como também de várias unidades para um mesmo componente curricular, pelas quais passavam diferentes grupos de estudantes de um mesmo ano. É assim que se formaram cátedras de anatomia paralelas, que muitas vezes chegaram a ser designadas por números e que ainda existem em algumas escolas. Como dito por Rudolph, ao analisar o mesmo processo nas universidades dos Estados Unidos, "[...] somente o tamanho já exigia uma estrutura interna. Uma hierarquia de biólogos, por exemplo, teria que manter-se coesa mediante alguma forma de autoridade; seus interesses deveriam encontrar expressão em algum lugar formalmente reconhecível da organização [...]".[2] O aumento da população estudantil, o avanço do conhecimento e a ampliação dos fins da instituição demandaram número maior de pessoal docente em cada disciplina. Como consequência lógica dessa expansão, criou-se uma estrutura capaz de realizar as atividades de forma coordenada.

UNIDADES DE ORGANIZAÇÃO

O conceito de "unidade de organização", segundo George Terry, é vago e confuso para a maioria das pessoas.[3]

Geralmente, esse termo designa as partes ou frações formalmente estabelecidas em um mesmo nível da organização e recebe diferentes nomes de acordo com o tipo de instituição e com o país de que se trate. Na América Latina, por exemplo, as unidades das universidades se denominam faculdades, escolas, departamentos e divisões; e as das escolas de medicina, por sua vez, cátedra, departamento, seção, divisão e instituto. Essa variedade de nomenclatura não seria um problema se fosse utilizado o mesmo nome para identificar unidades similares de um mesmo nível, mas, lamentavelmente, são usados nomes distintos para o mesmo tipo de unidade e, mais frequentemente, são usados nomes atribuídos formalmente a unidades de um determinado nível de autoridade para designar outras de nível diferente. Essa variedade, um tanto anárquica, é registrada às vezes dentro de uma mesma universidade ou faculdade.

A nota circular transcrita a seguir, proveniente da direção de uma escola de medicina da Argentina, ilustra os fatos comentados:

> Roga-se aos senhores professores evitar o uso indiscriminado de nomes ou rótulos para as diversas seções especializadas da cátedra sob sua responsabilidade, já que o decanato observa que alguns titulares rotulam como departamento uma seção da cátedra, o que cria confusão na nomenclatura que tem estreita relação com o enquadramento e as remunerações.

Esse documento continua com as definições de departamento, instituto, divisão, seção, cátedra e escola. Porém, é interessante observar que, na mesma escola, é utilizado hoje em dia o nome de cátedra tanto para designar uma parte componente dos departamentos ou institutos como para identificar uma entidade independente do mesmo nível que os institutos ou departamentos.

Da análise dos regulamentos e estatutos atualmente vigentes, fica evidente que a expressão formal escrita para identificar as diferentes unidades da organização não é específica em alguns casos, e em outros não existe. Não há muita clareza sobre o que constituiria uma unidade da organização em um ou vários níveis, parecendo, portanto, que o problema é não só semântico, mas também conceitual.

Bengt Stymne[4] e outros autores propõem critérios fixos para identificar unidades em uma organização, baseados no grau de dependência dos papéis. Entende-se por papel, para estes efeitos, um conjunto de condutas característi-

cas de uma posição, e quando um grupo de papéis é interdependente em certo grau, pode construir unidades da organização.

Stymne sugere uma série de indicadores para medir a interdependência dos papéis: a) a frequência das comunicações entre os ocupantes das posições; b) a existência de canais de comando e comunicação entre eles; e c) o grau de sua interdependência funcional.

Se utilizássemos os critérios propostos por Stymne para identificar as unidades de organização das escolas de medicina, teríamos que concluir que, na maioria dos casos, estas não correspondem às unidades formalmente estabelecidas pelas escolas. Tal falta de correspondência deve-se, em boa medida, ao fato de que na maioria das escolas de medicina foi introduzido um novo tipo de organização formal sem que na prática tenha sido eliminada a que existia anteriormente. Desse modo, nota-se que nas escolas a frequência das comunicações e da interdependência funcional entre os papéis se ajusta à estrutura prévia, enquanto os canais de comunicação e de comando foram modificados de acordo com a nova estrutura.

Essa situação peculiar requer, para sua melhor compreensão, uma análise das características das unidades formais existentes nas escolas e o estudo do processo mediante o qual foram criadas e introduzidas no sistema.

Características das unidades de organização das escolas de medicina

Na atualidade, como já foi dito, são utilizadas indistintamente as denominações de cátedra, departamento, instituto e divisão para identificar as unidades de organização das escolas de medicina latino-americanas. Essa nomenclatura, porém, não tem um conteúdo preciso, e, por outro lado, quando a escola pertence a uma universidade ou a uma faculdade de medicina, fica difícil determinar a qual das organizações pertence a unidade.

"Cátedra" e "departamento" são os termos de uso mais frequentes, mas é mais fácil, não obstante, encontrar a definição de departamento do que a de cátedra nos documentos oficiais devido, seguramente, à introdução recente da denominação "departamento" e à necessidade de esclarecer seu significado.

"Cátedra" foi o termo tradicionalmente utilizado para designar as unidades das faculdades. Esse termo, em suas origens, designava a matéria ou componente curricular, como, por exemplo, "cátedra de anatomia ou matéria médica", e a pessoa que ensinava esse componente curricular denominava-se "catedrático". À medida que foram sendo criados postos de ajudantes que colaboraram com o catedrático nas atividades docentes, a palavra serviu para designar o conjunto de indivíduos que ensinavam e pesquisavam sob as ordens de um catedrático. Pouco

a pouco a palavra passou a identificar uma unidade da faculdade, ou da escola, que cumpria com certos critérios e características, a saber: frequência de comunicação entre as pessoas que desempenham os papéis, interdependência funcional entre os papéis e presença de uma hierarquia interna.

Para alguns autores[5] a palavra “cátedra” é sinônimo de departamento, dado que ambas designariam a unidade administrativo-docente da escola de medicina.

Essa afirmação nos parece válida quanto às escolas de medicina que adotaram a nomenclatura de “departamento”, sem conferir às unidades que se designam como tais as características que lhe são próprias dentro do sistema de organização em que teve sua origem.

Na realidade, cátedra e departamento correspondem a dois sistemas distintos de organização e, em consequência, designam unidades de estruturas diferentes, sendo mais apropriado referir-se a um “sistema de cátedras” e ao “sistema departamental”. De fato, quando se analisam casos definidos de escolas com um ou outro sistema de organização, encontram-se diferenças entre as unidades administrativo-docentes de ambos os sistemas (Quadro 96).

Quadro 96. Diferenças entre o sistema de cátedras e o sistema departamental

Características	Cátedra	Departamento
Atividades de ensino	A unidade está encarregada do ensino de um matéria ou disciplina única destinada aos alunos de uma única carreira profissional	A unidade ensina várias matérias ou disciplinas para os alunos de várias carreiras ou profissões, especialmente nas matérias chamadas básicas
Atividades de investigação e serviço	Geralmente ausentes	Geralmente presentes
Níveis de autoridade	A chefia da unidade corresponde ao ápice da carreira acadêmica	A chefia da unidade não corresponde necessariamente a da hierarquia da carreira docente. A posição é ocupada mediante eleição dos membros da unidade ou por designação das instâncias superiores de autoridade
	A unidade não se encontra representada como tal nos níveis superiores de autoridade. As autoridades superiores são compostas de categorias ou classes (estudantes, professores, graduados)	A unidade participa dos níveis superiores de autoridade (conselho departamental) mediante representação

Uma das diferenças notáveis que se observa é a relação que se estabelece entre a unidade operativa e os órgãos de direção ou governo da escola. Assim, em

um sistema departamental, a unidade operativa participa na direção da escola mediante a participação da sua mais alta autoridade, ou seja, o chefe do departamento, o que não se dá no sistema de cátedras. Por outro lado, há diferenças quanto aos requisitos e relações com a chefia da unidade. No sistema de cátedras, a chefia coincide com o mais alto grau da carreira acadêmica e geralmente é vitalícia. Por outro lado, no sistema departamental, a posição de chefia é temporal e seu titular não é necessariamente o docente de mais alto nível na carreira.

Os institutos são entidades destinadas primordialmente à pesquisa e colaboram com o ensino médico na maioria das universidades que os criaram. Em alguns casos, formam parte da universidade e, em outros, da faculdade ou escola de medicina. Porém, tais institutos têm cátedras que são unidades de organização pertencentes à escola.

Por outro lado, os regulamentos e estatutos de algumas universidades mencionam os institutos como unidades de sua organização sem definir suas funções específicas. Essa situação ambígua com frequência cria conflitos de autoridade entre os diretores das faculdades ou escolas e dos institutos.

A palavra "divisão" é de uso muito recente e se emprega para designar a reunião ou grupos de departamentos. Assim, a nova lei de universidades do Peru expressa em seu artigo 56: "[...] quando o número de departamentos de uma universidade não permitir uma adequada direção e controle, os departamentos afins se agruparão em divisões acadêmicas [...]".

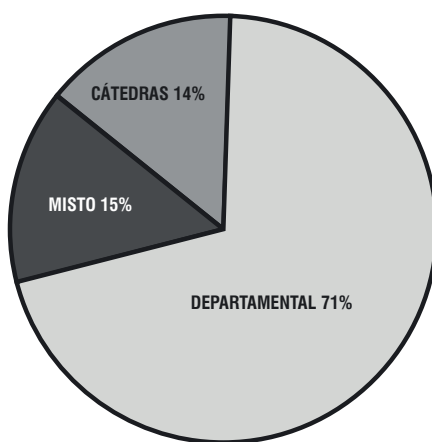
Em todo caso, o problema da imprecisão na nomenclatura e a conseguinte identificação das unidades de organização das escolas de medicina na América Latina não é novo. Já em 1938 o educador brasileiro Ernesto de Souza Campos escrevia:

> [...] a nomenclatura corrente em matéria de organização universitária apresenta uma falta de precisão, que, algumas vezes, dá lugar a confusões e suscita dificuldades. É o que se verifica, por exemplo, em relação às denominações 'escola', 'faculdade' e 'instituto', geralmente usadas para designar unidades universitárias [...] Não [prossegue Souza Campos] será pequeno o embaraço de quem procurar estabelecer uma diferenciação entre as unidades assim designadas.[6]

Atendendo somente aos nomes usados pelas faculdades ou escolas para designar as unidades, podemos classificá-las como de estrutura por cátedras, de estrutura departamental e de estrutura mista. Consideramos como mista a

estrutura que utiliza os nomes de departamentos e de cátedra para designar as unidades de um mesmo nível.

De acordo com essa classificação, encontramos que 71% das escolas de medicina da América Latina têm estrutura departamental, 14% estrutura de cátedras e 15% estrutura mista (Figura 49).

Figura 49. Distribuição das escolas de medicina, segundo tipo de estrutura

Número de escolas com curso completo: 100

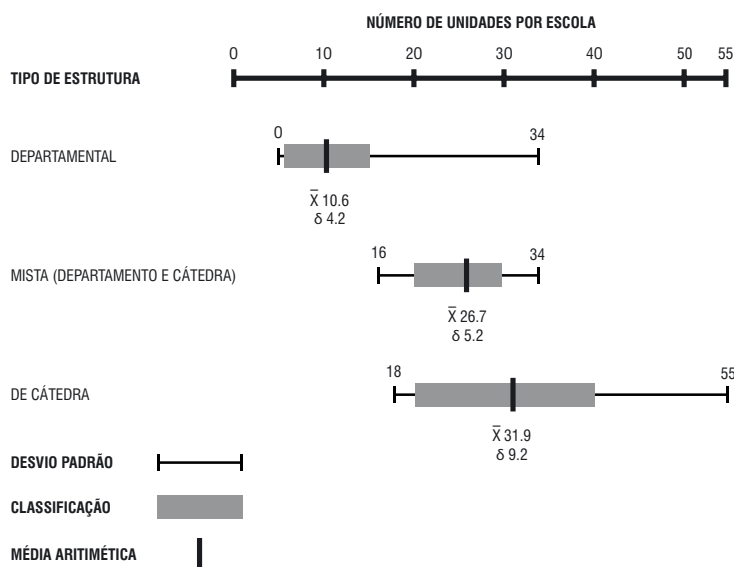
A maioria das escolas com estrutura departamental divide a unidade "departamento" em subunidades, que recebem diferentes nomes, tais como cátedras, seções e matérias. A denominação mais frequente é a de cátedra, o que se deve ao fato de a estrutura departamental ter sido implantada sobre uma estrutura de cátedras já existente.

As escolas com estrutura mista correspondem a escolas em transição de uma estrutura a outra ou a escolas que iniciaram o processo de formação de departamentos, mas não puderam completá-lo pela resistência encontrada dentro da escola.

Uma das diferenças que se observa entre os três tipos de estrutura é o número de unidades (Figura 50).

A estrutura departamental tem menos unidades que as outras duas estruturas, e isso é considerado vantajoso porque simplifica os canais de comunicação e de comando entre os níveis de autoridade. Na estrutura por cátedras, o número considerável de unidades que estão em relação direta com os níveis mais altos de

autoridade impede que estes exerçam satisfatoriamente suas funções de supervisão e coordenação, especialmente sobre a docência.

Figura 50. Número médio de unidades por escola segundo tipo de estrutura

O princípio do âmbito de controle estabelece que há um limite no número de posições que podem ser efetivamente supervisionadas por um só indivíduo. Esse princípio pode aplicar-se às escolas de medicina quanto a dois setores da hierarquia de autoridade: a) há um limite no número de chefes de unidades que um diretor pode supervisionar efetivamente; e b) há um limite no número de pessoal docente que um chefe de unidade pode supervisionar efetivamente.

O princípio do âmbito de controle foi submetido a críticas de diversas naturezas, mas ao revisar as pesquisas sobre o tema House e Miner[7] sugerem que: a) em quase todas as circunstâncias o número adequado de posições que o indivíduo pode supervisionar é de cinco a dez; e b) âmbitos de controle mais amplos, por exemplo, de oito a dez, são mais apropriados para os níveis de autoridade mais altos de uma organização em que a solução de diversos problemas requer um número maior de pessoas. Segundo os autores mencionados, as conclusões de pesquisas sociais estabelecem que, à medida que o tamanho do grupo aumenta, o trabalho de direção torna-se mais complexo, e a coordenação e a supervisão são mais difíceis devido ao fracionamento e à perda de coesão do grupo.

As escolas com estrutura departamental e as de estrutura por cátedras deveriam, portanto, apresentar problemas diferentes de acordo com os achados cita-

dos, pois ambas diferem quanto ao âmbito de controle. Assim, as primeiras têm um âmbito de controle menor no nível da direção e maior no nível das unidades, enquanto nas segundas ocorre o inverso (Quadro 97).

Quadro 97. Tamanho médio dos grupos supervisionados, segundo nível e tipo de estrutura da escola, 1967

	Nível diretivo		Nível unidade operativa	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Sistema de cátedras (N = 14)	31,9	9,2	7,2	6,7
Sistema departamental (N = 71)	10,6	4,2	16,9	22,7

Embora não se conte com informação precisa sobre os problemas que uma ou outra estrutura geram – fenômeno que merece um estudo especial –, a observação parece confirmar algumas das conclusões sustentadas por House e Miner. De fato, nas escolas com estruturas por cátedra parece existir nas unidades uma coesão maior do pessoal docente que nas unidades de escolas organizadas departamentalmente. Nas unidades deste último tipo de escolas observa-se a existência de vários grupos que resistem a toda intenção de integração, fato que se explica pela identificação docente com a cátedra ou seção em que geralmente se encontra dividido o departamento.

No nível da direção das escolas estruturadas por cátedras, é possível observar uma falta de coesão entre os chefes de unidade e uma maior delegação de autoridade ao diretor.

Por outro lado, a estrutura do currículo serve de critério para determinar as unidades em ambos os tipos de escolas, e algumas destas tornaram explícito em seu regulamento esse critério para a divisão da estrutura administrativa. Com frequência a cátedra se organiza ao redor dos conteúdos, e o departamento sobre a base de disciplinas que incluem conteúdos afins, estabelecendo-se uma relação entre componente curricular e disciplina, na qual o primeiro vem a ser parte da última.

Passar de uma estrutura por cátedras para uma departamental teria como objetivo integrar o ensino de um grupo de conteúdos e utilizar de forma mais eficiente o material de pesquisa e de ensino, às vezes escasso. Porém, as propostas de solução a nível estrutural criaram confusão sem ter resolvido os problemas na área docente. Assim, pois, a solução desses problemas deve ser o resultado de mudanças efetuadas na mesma área.

Alguns autores propõem utilizar critérios diferentes para criar as unidades de currículo e as unidades da organização,[8] tornando assim possíveis as mudanças no currículo sem ter que modificar ao mesmo tempo a estrutura da organização, que em geral é mais resistente à mudança.

O resultado da divisão da organização foi a criação de departamentos. Nos Estados Unidos esse processo foi chamado de "departamentalization", e na América Latina se utilizou a tradução do termo para indicar a criação de departamentos nas escolas de medicina.

A aplicação do vocábulo na América Latina é incorreta, porque nesta a criação de departamentos é o resultado da integração ou agrupamento de unidades existentes, e não da divisão da organização (Figura 51). Na realidade esse processo de integração é similar ao que está ocorrendo nos Estados Unidos quanto ao agrupamento de departamentos em unidades mais amplas, que têm sido denominadas institutos ou divisões. Como os departamentos correspondem ao conceito de disciplina, essa integração pretende criar unidades interdisciplinares.[9]

Os problemas trazidos pelo processo de integração são diferentes e de maior complexidade que os da divisão. Na integração, por exemplo, é comum observar que o pessoal docente das unidades já existentes resiste a formar parte de uma unidade mais ampla.

Na América Latina o agrupamento ou integração das unidades departamentais seguiu certos moldes que foram recomendados em diversas reuniões nacionais e internacionais. Esses padrões ideais poderiam servir para estudar a estrutura administrativa das escolas e, assim, identificar os desvios desse padrão.

O padrão ou tipo ideal nesta análise estabelece os dez departamentos seguintes: morfologia, ciências fisiológicas, patologia, microbiologia e parasitologia, medicina preventiva e social, medicina e especialidades médicas, cirurgia e especialidades cirúrgicas, pediatria, obstetrícia e ginecologia e psiquiatria.

Em 18% das escolas analisadas existem dez departamentos, e essa categoria numérica é a mais frequente.

Já 39% das escolas contam com menos de dez departamentos, e 43% têm mais de dez. Cinco é o menor número de departamentos que têm as escolas de medicina, e 34 é o maior número (Figura 52).

As escolas com menos de dez departamentos geralmente integram microbiologia à medicina preventiva, patologia à morfologia e psiquiatria à medicina. As escolas com mais de dez departamentos subdividem as áreas de ciências fisiológicas, de medicina e de cirurgia em vários departamentos.

A análise de cada uma das áreas de ensino que podem constituir-se em departamentos permite ver com maior detalhe os padrões de organização.

Figura 51. Esquema da divisão e integração da estrutura administrativa da organização e sua relação com a estrutura do plano de estudos

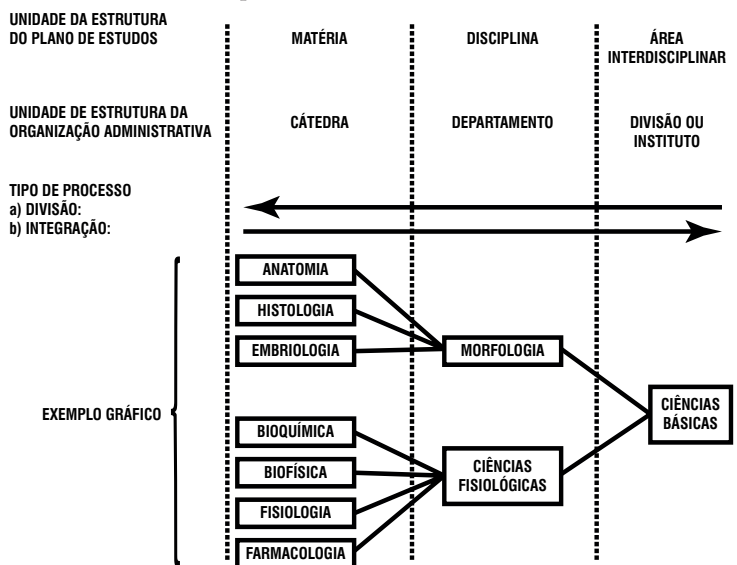
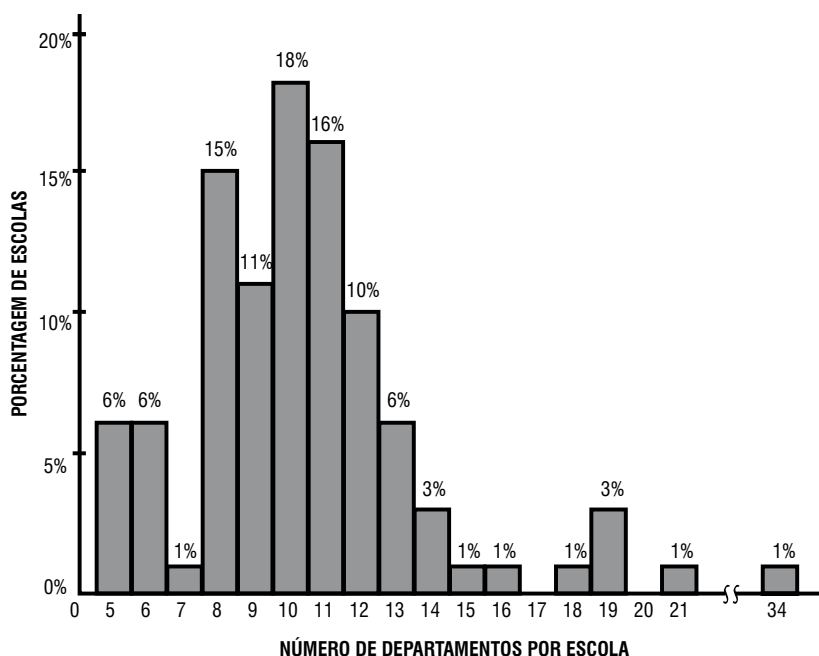



Figura 52. Porcentagem de escolas médicas segundo número de departamentos

Ciências básicas

Só uma escola possui um departamento para toda a área de ciências básicas. Esse é um caso anômalo cuja existência se deve mais a razões do tipo circunstancial que à expressão de um novo enfoque organizacional (Quadro 98).

Outra escola tem uma divisão de ciências básicas que agrupa vários departamentos e, finalmente, outra tem um departamento de ciências básicas dividido em subdepartamentos. Na análise das escolas não se considerou que esses dois casos constituem um só departamento de ciências básicas.

Quadro 98. Porcentagem de escolas de medicina com departamentos em disciplinas da área de ciências básicas, 1967

Tipo de departamento	Porcentagem (N = 71)
1. Um departamento para todo o ciclo de ciências básicas	
Ciências básicas (morfologia e ciências fisiológicas)	1
2. Um ou mais departamentos para uma área de ensino do ciclo básico de ciências básicas	
Morfologia	91
Ciências fisiológicas	96
Patologia	79
Microbiologia e parasitologia	57
Medicina preventiva e social	65
3. Um departamento para duas ou mais áreas de ensino	
Microbiologia, parasitologia e medicina preventiva	30
Patologia, microbiologia e parasitologia	7
Morfologia e patologia	8
Patologia, microbiologia, parasitologia e medicina preventiva	3
Patologia e clínica médica	3
Fisiologia, microbiologia e parasitologia	3
Medicina preventiva e clínica médica	1
Medicina preventiva e pediatria	1

Os casos descritos não representam um novo enfoque do problema da divisão interna em unidades. Em relação a isso, mencionaremos algumas inovações que estão sendo introduzidas na América Latina, mas que não devem ser confundidas com os exemplos citados. Segundo alguns educadores médicos, a divi-

são em unidades deveria basear-se em outros critérios que não sejam as matérias ou disciplinas de ensino e fazer-se sobre a base do tipo de trabalho que os professores realizam.[10] Assim, por exemplo, as unidades maiores das faculdades de medicina seriam agrupadas – segundo o método de trabalho utilizado pelo pessoal docente em suas especialidades – em experimentais, clínicas e epidemiológicas. Os agrupamentos ou departamentos experimentais concentrariam o pessoal que trabalha fundamentalmente sobre a base do experimento clássico, cujo lugar de trabalho é um laboratório. Esse tipo de unidade poderia ser confundido com o agrupamento das cátedras do ciclo básico, mas o critério sobre o qual se definem a unidade e suas correspondências com o ensino é diferente.

Morfologia

Em 94% das escolas de medicina da América Latina com sistema departamental completo, identifica-se apenas um departamento para a área de morfologia, ou seja, uma unidade responsável pelo ensino e pesquisa em anatomia, histologia e embriologia. Com frequência a esse departamento dá-se o nome de ciências morfológicas ou simplesmente morfologia. Porém, em algumas escolas designa-se como anatomia, o que reflete a importância que a anatomia tem sobre os outros componentes curriculares que integram o departamento. Nos demais 6% das escolas, são encontrados dois ou mais departamentos nessa área de ensino, que correspondem a anatomia e histologia e embriologia (Quadro 99). Esse caso representa um exemplo da simples substituição do nome de cátedra pelo de departamento.

Em 8% das escolas analisadas, o departamento de morfologia inclui o componente curricular de patologia (Quadro 98), o que poderia ser indicador do desejo de integrar o ensino do normal com o patológico.

Ciências fisiológicas

Esta área, que agrupa os componentes curriculares de bioquímica, biofísica, fisiologia e farmacologia, apresenta, na organização de sua docência, certos traços singulares. Assim, em 68% das escolas encontramos um só departamento para toda a área de ensino, e nos 32% restantes existem dois ou mais departamentos para a mesma área (Quadro 99).

Quadro 99. Porcentagem de escolas segundo número de departamentos por disciplinas da área de ciências básicas, 1967

Disciplinas	Porcentagem (N = 71)
1. Morfologia	
Um só departamento para toda a área	94
Dois departamentos	5
Três departamentos	1
Total	100
2. Ciências fisiológicas	
Um só departamento para toda a área	68
Dois departamentos	16
Três departamentos	15
Quatro departamentos	1
Total	100
3. Patologia	
Um só departamento para toda a área	96
Dois departamentos	4
Total	100
4. Microbiologia e parasitologia	
Um só departamento para toda a área	93
Dois departamentos	7
Total	100
5. Medicina preventiva e social	
Um só departamento para toda a área	100
Total	100

É possível que o alto percentual de escolas que apresentam mais de um departamento nessa área deva-se à tradição de independência que têm as disciplinas que integram as ciências fisiológicas. Do ponto de vista da docência a divisão não se justificaria, mas se mantém, apesar dos esforços que foram feitos, e exemplifica os problemas decorrentes do processo de integração.

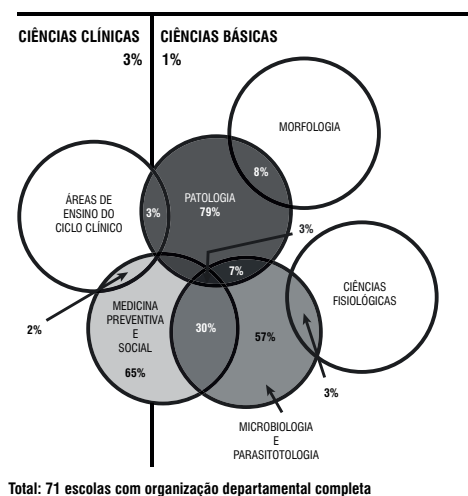
Com frequência o departamento nessa área é designado com o nome de ciências funcionais, ciências fisiológicas ou ciências dinâmicas. Diferentemente da área de morfologia, esta área exibe uma maior diversidade de nomes.

Em 3% das escolas, os componentes curriculares relativos às ciências fisiológicas integram um departamento que inclui também as matérias de microbiologia e parasitologia. Não temos explicação adequada para esse achado, que parece paradoxal à primeira vista.

Microbiologia e parasitologia

Geralmente a área de microbiologia e parasitologia se integra a outras áreas para formar um departamento. Em 93% das escolas estudadas, existe somente um departamento nessa área, e em 7% do restante, dois departamentos separados: microbiologia e parasitologia. Em 43% das escolas, existe um departamento que inclui microbiologia e parasitologia e uma terceira disciplina que geralmente é medicina preventiva e social (Figura 53). A falta de departamentos independentes nessa área não é peculiar das escolas da América Latina; de fato, observa-se em outros países, especialmente nos Estados Unidos. No estudo da Associação Médica Americana de 1934-1939 sobre educação médica na América do Norte aponta-se a falta de independência e a combinação desse departamento com medicina preventiva ou com patologia.[11]

Em 30% das escolas, microbiologia e parasitologia e medicina preventiva e social são integradas, fato que reflete uma determinada concepção desta última disciplina e que se discutirá ao analisar esse tema.

Figura 53. Porcentagem de escola de medicina que tem departamentos de patologia, medicina preventiva e microbiologia-parasitologia, independentes ou integrados com outros departamentos

Patologia e microbiologia e parasitologia

Estas duas áreas, que incluímos nas ciências básicas, tradicionalmente foram classificadas como pré-clínicas no currículo por estarem localizadas entre as ciências básicas e as clínicas. Aparecem como componentes curriculares que unem o patológico e o normal, o geral e o aplicado.

Na realidade, a combinação de diferentes áreas em um departamento não leva necessariamente à integração dos recursos e do ensino, como é o caso da patologia e da microbiologia e parasitologia.

Medicina preventiva e social

Um percentual de 65% das escolas tem um departamento independente de medicina preventiva e social (Quadro 98). Em várias escolas o processo de departamentalização se iniciou nessa área, e coube à medicina preventiva um papel de liderança na introdução da inovação. Isso foi fundamentalmente devido à influência exercida pelos Seminários de Medicina Preventiva organizados em 1955 e 1956 pela Opas/OMS.[12]

A diversidade de nomes empregados para designar os departamentos dessa área (higiene, medicina preventiva, saúde pública, medicina social etc.) parece dever-se sobretudo a duas circunstâncias: a) a impossibilidade de determinar qual é o elemento comum que agrupa os componentes curriculares que compõem o departamento; e b) a diversidade da formação básica do pessoal docente em medicina preventiva e social. Alguns professores provêm da administração de serviços de saúde e outros, de microbiologia ou de clínica.

Os componentes curriculares que hoje aparecem incluídos na denominação de medicina preventiva não podem constituir na verdade uma "disciplina" da mesma forma que as outras que integram o currículo, já que são aspectos de quase todos os componentes curriculares ensinados no curso médico. Em outras palavras, o critério de divisão em "disciplinas" não é o que corresponde ao de medicina preventiva, e isso levou alguns educadores médicos a antever que esses componentes curriculares desaparecerão uma vez que se integrem nas disciplinas.

A combinação dos componentes curriculares de microbiologia e parasitologia e medicina preventiva em um único departamento carrega uma interpretação de medicina preventiva estreitamente ligada às enfermidades transmissíveis. Essa conotação é a prevalente na América Latina, e só muito recentemente se começou a introduzir aspectos relacionados com as enfermidades não transmissíveis.

Ciências clínicas

Um percentual de 5% das escolas estudadas tem um departamento para todo o ensino e pesquisa da área clínica (Quadro 100). A constituição de um só departamento para toda a área clínica é difícil de imaginar como entidade real. Em boa parte, isso é verdade, já que tais departamentos estão superpostos em outra estrutura administrativa, que é o hospital, e não têm existência mais do que como certa coordenação do ensino. Os departamentos da área clínica apre-

sentam, em geral, esse mesmo problema, nascido de uma dupla dependência: da escola de medicina e do hospital, especialmente naqueles casos em que o hospital é independente financeira e administrativamente da escola. Geralmente os hospitais utilizados pelas escolas de medicina apresentam uma divisão interna em unidades que não coincide com as unidades da escola de medicina na área clínica, razão pela qual se estabelecem acordos que resultam em estruturas administrativas superpostas e diferentes. Geralmente a divisão administrativa do hospital se impõe à da escola de medicina.

Quadro 100. Porcentagem de escolas de medicina com departamentos em disciplinas da área clínica, 1967

Tipo de departamento	Porcentagem (N = 71)
1. Um departamento que engloba todas as áreas do ciclo clínico	
Ciências clínicas	4
Ciências clínicas e patologia	1
2. Um ou mais departamentos para cada área de ensino do ciclo clínico	
Medicina	83
Cirurgia	88
Obstetrícia e/ou ginecologia	83
Pediatria	77
Psiquiatria ou neuropsiquiatria	66
Medicina legal	21
Oftalmologia e/ou otorrinolaringologia	16
Radiologia	6
Traumatologia e ortopedia	6
Dermatologia	4
Biologia e genética	4
Nutrição	3
Outras	20
3. Um departamento para dois ou mais áreas de ensino	
Medicina, pediatria e obstetrícia	1
Obstetrícia, ginecologia e cirurgia	6
Obstetrícia, ginecologia e pediatria	3
Obstetrícia, ginecologia e outras especialidades médico cirúrgicas	1
Medicina e pediatria	10
Pediatria, psiquiatria e medicina legal	1
Pediatria e saúde pública	1
Psiquiatria e medicina legal	6

O problema da formação de departamentos na área clínica difere daquele da área básica e da medicina preventiva porque apresenta uma imagem mais clara e definida. Essa diferença era reconhecível na estrutura da escola de medicina alemã do século XIX, em que a organização e o nome das unidades de ambas as áreas eram diferentes. Assim, na área das ciências básicas as unidades se denominavam "instituto" e na área clínica, "klinics".[13]

Medicina

Em 83% das escolas há um departamento de medicina que inclui as especialidades médicas, e em 10% inclui também o ensino de pediatria (Quadro 100). Porém, em certos casos, algumas dessas especialidades adquirem independência e se convertem em departamentos. Dermatologia, nutrição e medicina legal representam exemplos desse fenômeno.

Cirurgia

Em 88% das escolas há departamento de cirurgia, e em 6% deles está incluído o ensino de obstetrícia e ginecologia (Quadro 100).

Otorrinolaringologia e oftalmologia constituem unidades independentes em 16% das escolas analisadas, e traumatologia, ortopedia e radiologia formam em algumas escolas um departamento separado do de cirurgia.

Pediatria

Pediatria se apresenta como departamento único e independente em 77% das escolas, e só em 10% é integrado ao departamento de medicina (Quadro 100). Em dois casos a pediatria se encontra combinada em um departamento com obstetrícia e ginecologia, e é possível que isso represente uma tendência para a criação de um departamento materno infantil, o que levaria a um ensino integrado dessas especialidades.

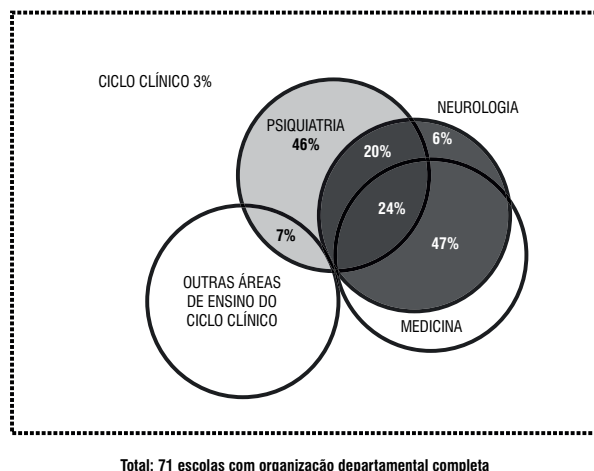
Obstetrícia e ginecologia

Em 83% das escolas há um departamento nesta área de ensino. Em 6% a unidade está incluída no departamento de cirurgia, do qual se desprendeu historicamente (Quadro 100).

Psiquiatria

O caso de psiquiatria representa o desvio mais marcado da nossa tipologia, já que somente 46% das escolas têm um departamento nessa área. Em 20% das escolas essa área de ensino se encontra sob um departamento que inclui também neurologia. Em 24% das escolas, encontra-se sob o departamento de medicina (Figura 54).

Figura 54. Porcentagem de escola de medicina que tem departamentos de psiquiatria e neurologia independentes ou integrados com outros departamentos

Total: 71 escolas com organização departamental completa

A situação dos departamentos de psiquiatria reflete as circunstâncias em que se encontra o ensino dessa especialidade e seu desenvolvimento histórico particular. A introdução dessa disciplina no ensino médico é relativamente nova e sofreu problemas externos e internos próprios de uma especialidade emergente. Assim, entre os internos, cabe mencionar a existência de diferentes correntes ou escolas que dificultam a coesão entre os psiquiatras; e entre os externos, cumpre papel importante a concepção organicista prevalente entre o pessoal docente das escolas de medicina que não reconhece a psiquiatria com uma especialidade digna de constituir-se em departamento.

A mudança do sistema de cátedras para o de departamentos significou um descenso no *status* da psiquiatria, já que em muitas escolas ela está incluída no departamento de medicina, e é por isso que os professores desse componente curricular promovem a introdução de novas disciplinas de maior amplitude, tais como ciências da conduta, que lhes permitem separar-se como departamento.

DIFUSÃO DO SISTEMA DEPARTAMENTAL

Em 71% das escolas de medicina da América Latina com curso completo adotou-se formalmente a estrutura departamental de forma completa, e em 15% a adoção foi feita de forma parcial.

O estudo de como e por que se produziu a mudança da unidade cátedra à unidade departamento na maioria das escolas pode ajudar a entender os proble-

mas atuais da estrutura organizacional e predizer os fenômenos que ocorrerão nas escolas de medicina em relação às mudanças de estrutura que estão sendo propostas na atualidade.

A adoção formal da unidade departamento pelas escolas de medicina pode ser considerada como um tipo especial de difusão de uma inovação.[14] O processo de difusão foi definido como a aceitação feita por unidades que adotam um item em certo período de tempo. Para poder estudar esse processo, temos que contar com uma definição operacional do item que se difunde – no nosso caso, o departamento – e especificar o que se entende por adoção.

Definimos departamento como a unidade da escola de medicina que leva oficialmente esse nome. Essa definição limita a investigação à mudança de nome da unidade da escola e evita a discussão sobre a similitude ou diferença existente entre departamento e cátedra, de acordo com suas características essenciais. Em consequência, a aceitação da inovação será medida somente pelo aparecimento do nome "departamento" em documentos oficiais da instituição.

A palavra "departamento" foi utilizada em alguns países da América Latina para designar divisões territoriais, políticas e unidades administrativas de instituições oficiais e privadas.

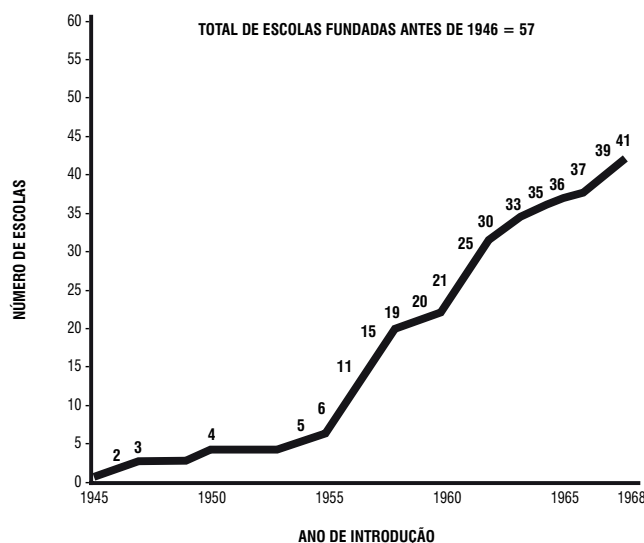
Nas universidades latino-americanas, segundo a informação disponível, só a de Buenos Aires apresentava no século XIX uma divisão departamental.[15] Essa diversidade seguia o modelo da universidade francesa, que se dividia em academias correspondentes aos departamentos territoriais. A Universidade de Buenos Aires, segundo o projeto apresentado pelo reitor em novembro de 1821, estava organizada em seis departamentos: primeiras letras, estudos preparatórios, ciências exatas, medicina, jurisprudência e ciências sagradas. Na frente de cada departamento se encontrava um prefeito que dependia diretamente do reitor.

A denominação de departamento desaparece paulatinamente na Universidade de Buenos Aires e é substituída pela de faculdade. Não existe outro antecedente até meados do presente século, quando aparece uma unidade que segue o modelo de organização empregado nas universidades norte-americanas.

A difusão do modelo de organização departamental não ocorreu simultaneamente em todas as escolas nem em todas as áreas de ensino. Para poder estudar o processo de difusão foi preciso circunscrever-se a morfologia, por ser esta uma área claramente limitada e a primeira que se ensina no curso médico, e logicamente, por essas mesmas razões, é provável que tenha sido a primeira em constituir-se em departamento.

A Figura 55 apresenta a curva típica em forma de *S* da difusão de inovações. Nessa curva distinguem-se três períodos: a) de 1946 a 1955, em que umas poucas escolas adotam o termo "departamento"; b) de 1956 a 1962, em que um número crescente de escolas o fazem; e c) de 1963 a 1968, quando o processo de adoção se torna mais lento.

É possível reconhecer um quarto período, anterior aos mencionados e caracterizado por intenções de introdução que fracassaram.

Figura 55. Curva de difusão do termo "departamento" na área de morfologia nas escolas de medicina da Amérca Latina antes de 1946

Período das primeiras tentativas de adoção

Consideram-se como tentativas de adoção do modelo duas das escolas que aparecem contabilizadas como tendo departamento de morfologia em 1946.

O primeiro caso se refere ao Brasil. Em um trabalho sobre conselhos departamentais e departamentos, o dr. A. Almeida Junior estuda os antecedentes da adoção da estrutura departamental.[16]

> A legislação brasileira [diz o autor] anterior a 1937 ignorou a existência de qualquer tipo estrutural baseado em Departamentos. Em 1937 o Conselho Nacional de Educação elaborou um projeto de plano nacional em que faz duas referências à organização em Departamentos.

Na primeira, refere-se ao "departamento" como uma reunião de faculdades e institutos. Na segunda referência, diz que haverá nas faculdades de medicina nove departamentos.

> Tem-se a impressão [prossegue o autor] que os Departamentos do Artigo 302 (os nove Departamentos da Escola de Medicina) foram imaginados como centros de pesquisa, sem nenhuma relação com as cátedras em que se administrava o ensino correspondente.

A introdução do departamento na legislação brasileira ocorre com a aprovação do Decreto-Lei nº 8.393, o que – segundo Almeida – "introduziu o estímulo que possibilitou a aceitação do Departamento, no sentido norte-americano". Posteriormente, por decreto de janeiro de 1946, foram aprovados os Estatutos da Universidade do Brasil, em que se define departamento como "constituído pelo agrupamento de cátedras conexas" (afins). Porém, a Escola de Medicina dessa universidade não chegou a adotar, na prática, a estrutura departamental senão vários anos mais tarde. Em julho de 1946 foram aprovados os Estatutos da Universidade da Bahia, onde se estabeleceu um mínimo de três cátedras para constituir um departamento. Em 1949 a Escola Paulista de Medicina criou um departamento de clínica médica influenciado pelo Estatuto da Universidade do Brasil.[17]

O segundo caso de intenção parcialmente frustrada de introdução do sistema departamental, em geral, e na área de morfologia, em especial, ocorreu na Faculdade de Medicina da Universidade Central da Venezuela. Em outubro de 1945 foi sancionado o regulamento da Escola de Medicina da Universidade Central da Venezuela e da Universidade dos Andes, que estabelecia que estas estariam constituídas por três institutos e dois agrupamentos. Correspondia ao Instituto de Anatomia o ensino da anatomia humana descritiva e topográfica, histologia e embriologia, técnica cirúrgica e anatomia patológica. Os institutos e agrupamentos eram, em certa medida, similares em organização ao modelo que se tem do departamento norte-americano. Assim, os diretores dos institutos e agrupamentos constituíam o conselho da escola, semelhante aos posteriormente chamados conselhos departamentais.

Em outubro de 1947, um novo regulamento da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Central da Venezuela foi sancionado pelo Conselho Universitário, o qual havia sido elaborado pela Assembleia da Faculdade. Segundo esse regulamento, a faculdade ficava integrada pela Escola de Medicina, o Instituto de Medicina Experimental, o Instituto de Cirurgia Experimental e o Instituto de Medicina Tropical. A Escola de Medicina ficava integrada por dois departamentos

e três agrupamentos; um dos departamentos se chamava de Ciências Anatômicas. Sua organização e função eram similares ao Instituto de Anatomia estabelecido pelo regulamento de 1945. Em 1956 tornou a ser editado um regulamento da Faculdade de Medicina no qual reapareceu o Instituto de Anatomia, mas diretamente relacionado com a faculdade e ao mesmo nível da Escola de Medicina, que aparece integrada por "cátedras teóricas, cátedras práticas e seminários".

Em 1959 o Conselho da Escola de Medicina aprovou a organização em departamentos de acordo com a Lei Universitária promulgada em 1958.

Dos dez departamentos criados, um correspondia ao de ciências morfológicas, que agrupava os componentes curriculares de anatomia normal, histologia normal e embriologia. No Projeto de Organização em Departamentos da Escola de Medicina expressa-se que a "divisão em departamentos substitui a antiga denominação de agrupamentos e ajusta-se às diretrizes administrativas da docência médica, tal como está organizado nas universidades de alto nível pedagógico".[18]

O relato dessas duas tentativas de introdução parcialmente exitosas ilustra os obstáculos enfrentados pelas primeiras adoções e a dificuldade de traçar nesse período uma data exata de início do processo de difusão.

Da análise desses casos depreende-se que o modelo que se desejava adotar era o empregado nas escolas norte-americanas, em conflito com o existente nas universidades. O resultado final parece constituir uma amálgama de ambos. No caso da Venezuela, por exemplo, a cátedra constitui a unidade acadêmica primordial; o departamento, o conjunto de cátedras que se integram na unidade de uma disciplina; e o instituto passa a ser uma unidade da faculdade, com a mesma classificação administrativa que a escola de medicina.

Período das primeiras adoções

Transcorrem aproximadamente dez anos desde as primeiras introduções do sistema departamental até o momento em que começa o período de sua adoção massiva. Não poderíamos caracterizar esse período como de inatividade e espera. Pelo contrário, durante esse tempo preparam-se as condições que levarão a uma adoção rápida durante o período seguinte.

Para que uma inovação se difunda, requer-se a existência de uma rede de comunicação que conecte as prováveis unidades adaptadoras entre si e com os centros de difusão, por meio de uma estrutura de relações sociais.[19] Entre as escolas de medicina não existia, até umas décadas atrás, essa rede de comunicação formal que facilitaria a difusão de inovações. Com a criação de associações nacionais e regionais de escolas de medicina e a realização de frequentes reu-

niões internacionais se difunde um "modelo ideal" de escolas de medicina, cujos elementos mais característicos são extraídos da experiência norte-americana. Entre os componentes da escola ideal, chamada muitas vezes "moderna", encontra-se o sistema departamental. Assim, durante a década de 1950, em várias reuniões regionais se recomenda a substituição da cátedra pelo departamento.

O aumento da comunicação entre os educadores médicos tornou possível que as escolas se comparassem e criou um clima favorável à mudança. Esse fenômeno ocorreu nos primeiros anos da década de 1950, criando as condições para que na segunda metade dessa década e início da década de 1960 o processo de adoção do sistema departamental se acelerasse.

Período de adoção rápida

O período que transcorre entre 1956 e 1962 caracteriza-se pelo grande número de escolas que adotam o nome de "departamento" para as suas unidades operativas, o que demonstra que a ideia de uma nova estrutura administrativa foi amplamente aceita. Porém, o nível de aceitação foi variável, já que algumas escolas só adotaram o nome de "departamento" para suas unidades, enquanto outras aderiram a todo o novo sistema.

É interessante observar o ocorrido com as escolas "novas", isto é, as fundadas depois de 1946. Muito poucas das fundadas entre 1946 e 1955 adotaram o sistema departamental desde seu início; por outro lado, as criadas entre 1956 e 1961 o fizeram em maior proporção (Quadro 101).

Quadro 101. Porcentagem de escolas por tempo que demoraram a introduzir o nome departamento na disciplina de morfologia e por período de sua fundação

Tempo entre a fundação da escola e a introdução do termo departamento	Período de fundação das escolas	
	1946-1955	1956-1961
0 a 2 anos	21	67
3 a 6 anos	21	33
7 a 5 anos	58	
Total	100 (21)	100 (18)

Esse fenômeno pode ser explicado pela diferença que, quanto ao conhecimento e à aceitação do sistema departamental, caracteriza esses dois períodos. As poucas escolas criadas com sistema departamental durante o período que chamamos das primeiras adoções posteriormente se transformaram em modelos

de imitação ou centros de difusão; exemplos desse tipo de escolas pioneiras são a do Vale, na Colômbia, e a de Ribeirão Preto, no Brasil. Estas possuem, ademais, outros traços das então chamadas escolas modernas, tais como a introdução de atividades extramuros e maior proporção de pessoal docente em tempo integral. Essas escolas foram criadas com o propósito declarado de que servissem como modelos ou, em outras palavras, como "centros de excelência" dignos de serem imitados e foram o produto do fracasso relativo de introduzir inovações em escolas mais antigas e prestigiosas.

Quase todas as escolas fundadas durante o período de adoção rápida nascem "modernas" no sentido dado anteriormente a tal palavra e, por conseguinte, possuem uma estrutura departamental.

O efeito do "clima" do momento histórico em que surgem as escolas tem consequências duradouras para estas, que ficam "marcadas" de tal forma por esse fato que se pode falar de "gerações" de escolas. É assim que na atualidade as escolas diferem em percentual e grau em que aceitaram o sistema departamental, segundo o ano em que foram criadas. Um considerável número das escolas que foram criadas antes de 1946 não adotou ainda o sistema departamental ou o fez de forma superficial (Quadro 102).

Quadro 102. Porcentagem de escolas com departamento na disciplina de morfologia por período de fundação das escolas

Período de fundação		
Antes de 1946	**1946-1955**	**1956-1961**
72 (41)	87 (20)	90 (18)

As escolas pioneiras em certas inovações não necessariamente o são em futuras inovações, e não é de estranhar que se convertam em centros de resistência quanto à difusão de novos elementos.

Período de adoção mais lenta

A partir de 1963 diminui o número de escolas que adotam a estrutura departamental, uma vez que as que não o fizeram até esse ano constituem o grupo mais resistente à mudança. É muito provável que transcorram ainda vários anos antes de que todas as escolas da América Latina adotem o sistema departamental, e é possível também que um grupo delas nunca chegue a fazê-lo.

Esta última etapa, em que poucas escolas introduzem o sistema departamental, pode constituir-se na etapa inicial de um novo processo de difusão de inovações na mesma área da estrutura administrativa.

Na atualidade observam-se alguns sintomas desse novo processo de mudança: a) críticas à estrutura departamental; b) criação de escolas com uma estrutura administrativa diferente das discutidas anteriormente. Assim, a Escola de Medicina da Universidade de Brasília constitui um exemplo da nova tendência a formar faculdades de ciências da saúde com uma estrutura administrativa independente da estrutura do currículo.[20]

CONCLUSÕES

A introdução do sistema departamental nas escolas de medicina latino-americanas, iniciada na década de 1950 e consolidada na de 1960, foi considerada como um dos elementos de sua "modernização". A adoção dessa inovação se baseou no desejo de melhorar a eficiência administrativa e docente das escolas de medicina, seguindo o exemplo da escola norte-americana e em oposição à tradicional estrutura por cátedras na América Latina. Essa oposição entre os dois sistemas estabeleceu-se em 1963 durante os debates do Conselho Federal de Educação do Brasil ao discutir a Lei de Diretrizes e Bases. Naquela ocasião o conselheiro Rocha e Silva dizia:

> O que disse, repito, e parece que o Conselheiro Almeida Junior aos poucos vai admitindo, é a legitimidade e a superioridade do Departamento em relação ao sistema de cátedra. Digo mais, há quase uma impossibilidade de constituir departamentos como agregados de cátedras. Aqui não se trata apenas de uma interpretação da lei, que poderá ser retorcida de acordo com a conveniência dos interessados. Há aqui um conflito dialético, em que a existência de um torna impossível a criação do outro. A Cátedra mata o Departamento, como talvez o contrário também seja verdadeiro: a ideia do Departamento exclui a cátedra.[21]

Efetivamente, a mudança do sistema de cátedra pelo sistema de departamento trazia outras implicações, fundamentalmente uma mudança na estrutura de poder e no sistema de governo. Em todas as partes em que se defendeu a mudança de um sistema para o outro, esteve presente de forma aberta ou oculta o problema da luta de poder. Em alguns casos foi o temor dos catedráticos de

perder sua influência entre o pessoal docente médio e os administradores; em outros, a desconfiança dos estudantes que viam reduzir suas possibilidades de participação nos níveis de decisão política ou normativa. Porém, a defesa do sistema departamental sempre esteve apoiada no argumento de atingir por essa via uma maior eficiência administrativa, livre de valores e ideologias.

Ao mesmo tempo que na América Latina se impunha o sistema departamental, nos Estados Unidos, país onde tal sistema havia sido originado, iniciavam-se críticas à estrutura departamental.

Em um estudo realizado em 15 universidades norte-americanas, os autores encontraram que "a terminologia e a designação das unidades acadêmicas são confusas e enganosas".[22] O que se designa como departamento em uma universidade, em outra pode ser uma escola que inclui vários departamentos. O nome de departamento, quando não leva o adjetivo de "acadêmico", pode designar unidades administrativas ou de serviços da universidade ou escola. Apesar dessa variedade no significado da palavra "departamento" é possível identificar dois tipos frequentes: o departamento que parte de uma disciplina básica para vários campos ou cursos e o departamento que ensina uma disciplina para um só curso. O ensino médico é realizado nos Estados Unidos por ambos os tipos de departamento. Porém, a característica marcante dos dois tipos de departamento descritos é sua orientação para estudos de pós-graduação e pesquisa e, como uma consequência lógica, a autonomia administrativa desses departamentos em relação à universidade ou escola a que pertencem. A ênfase na especialização levou o interesse dos professores desses departamentos a transcender os limites da escola ou universidade, e alguns autores atribuem a esse fenômeno o pouco desenvolvimento da pesquisa interdisciplinar e o fracasso das intenções de integrar os diferentes elementos de um curso ou profissão.

Embora seja verdade que esse tipo de estrutura evita o desperdício de recursos humanos e materiais ao eliminar a duplicação de unidades operativas e acadêmicas em diferentes cursos, esse argumento deixa de ser verdadeiro quando uma escola adquire um tamanho tal que justifique unidades que sirvam a uma só profissão ou curso.

> Uma dificuldade recorrente com os departamentos baseados em disciplinas [expressam Dressel, Johnson e Marcus em seu livro *The Confidence Crisis*][23] é que a unidade não cooperadora, indiferente ou recalcitrante pode recusar-se a fazer mudanças com a desculpa de que essas mudanças podem destruir os padrões e a integridade da disciplina. E nenhum

> decano se atreveria a repreender a um departamento quando a própria disciplina justifica esse departamento.

Embora o sistema de cátedra também seja baseado em uma disciplina e suas unidades tenham uma grande autonomia, a cátedra está, pelo menos, integrada em uma profissão ou curso. A substituição deste sistema pelo departamental fragmentou a unidade no curso ou profissão e acentuou a orientação para a disciplina ou a especialidade.

Em resumo, as críticas norte-americanas ao sistema departamental centram-se no isolamento da unidade operativa "departamento" com respeito a outras similares e à instituição que a engloba, limitando com isso sua contribuição ao ensino profissional e à pesquisa interdisciplinar e aplicada. Essas críticas fomentaram sérias dúvidas sobre se esse tipo de estrutura é o mais adequado para a formação de profissionais e para o avanço da ciência.

Também na América Latina lançam-se críticas sobre a estrutura departamental em um momento em que o processo de sua introdução ainda está em uma etapa de consolidação. A crítica dessa corrente latino-americana se dirige tanto ao sistema de cátedras como ao departamental. Segundo Ferreira – o mais destacado representante da corrente –, tanto no sistema de cátedra como no departamental o vínculo entre a estrutura administrativa e a estrutura do currículo conduz a uma total interdependência entre a organização dos recursos e das ações docentes, o que poderia constituir uma grande desvantagem quando se considera que a primeira deveria ter caráter mais ou menos permanente e a segunda, por outro lado, deveria admitir maior flexibilidade.[24]

NOTAS

1 O relato dos drs. Gayraud e Domec encontra-se reproduzido parcialmente na obra de Guadalberto Arcos: "Evolución de la medicina en el Ecuador", publicado em Anales, publicação trimestral da Universidade Central do Equador, n. 306, 1938. Tomo 41.

2 RUDOLPH, F. *The American College and University*. New York: Vintage Books, 1962. O autor analisa, no capítulo "Academic Man" desse livro, a criação de uma hierarquia de professores e o processo chamado "departamentalização" durante fins do século XIX nos Estados Unidos. Rudolph descreve esse fenômeno da seguinte forma: "Ao aparato hierárquico foi acrescentado também o conceito de departamentalização, afirmação simbólica da desunião do saber que nunca foi feita pelos antigos colégios. Naquela época, um professor continha em si o conhecimento e os interesses necessários para sustentá-lo como professor de várias disciplinas. Então, um professor inexperiente como John Bascom em Williams poderia ensinar retórica, escrever livros sobre estética e economia política e

introduzir cursos de inglês, literatura e sociologia. Mas agora que a velha unidade se foi, a busca ávida pela verdade científica estava trazendo grandes novas contribuições para o conhecimento, e a especialização estava levando à fragmentação de áreas temáticas".

3 TERRY, G. R. *Principios de Administración*. México, DF: Compañía Editorial Continental S.A., 1961.

4 STYMNE, B. *Interdepartmental Communication and Intraorganizational Strain* – contributions to the Theory of Organizations II. New York: Humanities Press, 1968.

5 FERREIRA, J. R. El departamento en los centros de ciencias de la salud. *Educación Médica y Salud*, Washington, D.C., v. 5, n. 2, 1971.

6 SOUZA CAMPOS, E. *Estudos sobre o problema universitário*. São Paulo: Empreza Graphica de Revista dos Tribunaes, 1938.

7 HOUSE, R. J.; MINER, J. B. Merging management and behavioral theory: the interaction between span of control and group size. *Administrative Science Quarterly*, Ithaca, v. 14, n. 3, 1969.

8 FERREIRA, J. R. El departamento en los centros de ciencias de la salud. *Educación Médica y Salud*, Washington, D.C., v. 5, n. 2, 1971.

9 DRESSEL, P. L.; JOHNSON, F. C.; MARCUS, P. M. *The Confidence Crisis*. San Francisco: Jossey-Bass Inc., 1970.

10 FERREIRA, J. R. El departamento en los centros de ciencias de la salud. *Educación Médica y Salud*, Washington, D.C., v. 5, n. 2, 1971.

11 O estudo da Associação Médica Americana assinala que: "Das 66 escolas, 19 tinham departamentos independentes de bacteriologia e imunologia; 18 foram combinados com medicina preventiva ou saúde pública; 22 foram combinados com patologia; 1 estava no departamento de medicina e em 3 casos havia departamentos universitários que atendiam a todas as escolas, incluindo a escola de medicina". (ASSOCIAÇÃO MÉDICA AMERICANA. *Medical Education in the United States, 1934-1939*. Chicago: American Medical Association, 1940)

12 Nos Seminários de Medicina Preventiva realizados em Viña del Mar e Tehuacán foi recomendada a introdução de departamentos. (Seminarios sobre Enseñanza de Medicina Preventiva en América Latina. *Bol. of. San. Pan*., [*s. l*.], v. 41, n. 55, 1960)

13 HUMBOLDT, W. V. *Politische Denkschriften*. Berlin: B. Behr's Verlag, 1903.

14 O processo de introdução de novos elementos dentro de um grupo, organização ou sociedade foi estudado com diferentes esquemas teóricos. O *funcionalismo*, uma das correntes, denomina esse processo de "difusão de inovações" e o faz sinônimo de "mudança". Hägerstrand, um representante dessa escola, descreve esse processo da seguinte forma: "Qualquer sociedade pode ser vista como um sistema formador e ordenado no qual todos os indivíduos e todos os equipamentos materiais, incluindo a terra, são partes componentes, ligadas entre si de várias maneiras. Tal sistema pode muito bem permanecer em um estado estável por um longo período de tempo, no sentido de que as atividades econômicas, sociais e culturais são realizadas ao longo de dias, estações e anos de acordo com um padrão rítmico fixo com uma estrutura invariável e distribuição estereotipada de papéis. As mudanças ocorrem apenas como ajustes quantitativos devido a mudanças no tamanho da população. Se em uma sub-região do sistema é introduzido um elemento até então desconhecido, digamos, por exemplo, um novo dispositivo técnico, uma nova forma de atribuição de papéis sociais ou uma nova manifestação cultural, esse evento constitui uma perturbação que sob certas condições pode ser transmitida para as regiões vizinhas e se propaga até que, eventualmente, todo o sistema seja

permeado e, ao mesmo tempo, em algum grau, transformado. Uma permeação desse tipo, parcial ou total, é conhecida como difusão da inovação". (HÄGERSTRANG, T. The Diffusion of Innovations. *In*: SILLS, D. L. (ed.). *International Encyclopedia of the Social Sciences*. New York: The MacMillian Company e The Free Press, 1968)

Segundo essa teoria, o estímulo para a mudança provém do exterior na forma de um corpo estranho que altera o equilíbrio do sistema. O desequilíbrio momentâneo e o processo de readaptação em busca de um novo equilíbrio constituem o processo de mudança. É por essa razão que o vínculo entre os canais que unem um elemento com outros de seu mesmo sistema ou de outros sistemas adquire importância para explicar o fenômeno da mudança. Assim, por exemplo, a pessoa que em um determinado sistema tem maior número de interações com elementos de outros sistemas ou com elementos de seu próprio sistema se converte em um fator importante da mudança, e o nome com que a designa (cosmopolita, homem bem-informado, homem "moderno") tem às vezes uma conotação positiva. De acordo com a teoria exposta, a conexão mais importante entre elementos do sistema são os canais de informação. Nesse sentido, Hägerstrand diz o seguinte: "A troca de informações entre os indivíduos em um processo sem fim; talvez seja o ingrediente mais importante para moldar uma sociedade (ou pode-se até dizer toda a raça humana) em um sistema de ligações conectadas. Todos funcionam nesse sistema como emissor, receptor e amplificador. A influência que atinge um indivíduo e a influência que ele pode exercer são função de sua posição particular na rede, uma posição na qual ele nasceu e, posteriormente, pode se estender ou mudar apenas até certo ponto. Na maioria das vezes, as influências que viajam pelos elos apenas reforçam aquele conjunto estável de traços culturais que prevalece em uma determinada sub-região de um sistema; mas ocasionalmente – e hoje cada vez mais frequentemente – um fluxo de inovação passará e, se adotado, mudará os padrões de traços".

Do ponto de vista *estruturalista*, o mesmo fenômeno de introdução de novos elementos em uma sociedade explica-se de forma diferente. Segundo essa teoria, nas sociedades em questão existe uma luta entre diferentes grupos e classes resultante de sua posição na estrutura econômica ou, no nosso caso, na estrutura educacional. Em algumas circunstâncias os grupos dominantes de uma sociedade se encontram submetidos ou aliados a grupos dominantes de outras sociedades. A introdução de um novo elemento em uma sociedade ou grupo se explica, então, como resultado de uma pressão de um grupo dominante de outra sociedade, ou como uma forma que o grupo dominante utiliza para reforçar ou manter a atual estrutura na qual tem uma posição privilegiada. Em algumas circunstâncias o grupo dominante não é homogêneo, existindo subgrupos que lutam internamente pelo poder. Nesses casos, um grupo pode adotar um elemento de outra sociedade ou grupo com o propósito de enfrentar os grupos inimigos. A introdução de novos elementos, segundo essa teoria, produz-se no nível da superestrutura e não constitui, consequentemente, uma expressão da mudança. A mudança se define como uma transformação da infraestrutura e é o resultado de uma luta entre classes ou grupos, que se diferenciam pelo poder que possuem. A mudança é, então, o resultado de uma contradição interna, e não o produto de um agente exterior. A análise da dependência cultural, utilizando alguns conceitos desta última corrente teórica, pode ser encontrada na obra de: VARSAVSKY, O. *Ciencia, política y Cientificismo*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1969; e na de FALS BORDA, O. *Ciencia Propia y Colonialismo Intelectual.* México, DF: Editorial Nuestro Tiempo, S.A., 1970.

15 HALPERIN DONGHI, T. *Historia de la Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires: EUDEBA, 1962.

16 Conselhos departamentais e departamentos, estudo especial, do conselheiro A. Almeida Junior, Conselho Federal de Educação (mimeografado e sem data).

17 MANGABEIRA ALBERNAZ, P. *A Escola Paulista de Medicina*. São Paulo: Empresa Gráfica da Revista dos Tribunais, S.A., 1968.

18 *Bases y Doctrinas para una Reforma de la Educación Médica en Venezuela.* Caracas: Universidad Central de Venezuela, Faculdad de Medicina, 1961.

19 Do ponto de vista funcionalista a estrutura de relações sociais adquire importância porque explica a difusão de inovações. Do ponto de vista estruturalista interessa porque reflete as alianças entre diferentes grupos dominantes e os canais que os grupos de uma sociedade usam para fazer pressão sobre os grupos de outra sociedade. A análise das relações nacionais e internacionais de um país latino-americano na área da educação médica poderia ilustrar o estabelecimento de diferentes tipos de canais de comunicação ou pressão (segundo a teoria adotada para explicar a mudança), através da história. Será tomada a Colômbia como exemplo desse tipo de análise por ser o país latino-americano que desempenhou o papel mais importante no estabelecimento de uma rede de relações formais entre as escolas de medicina do continente. Cabe recordar que a Associação Colombiana de Faculdades de Medicina teve uma influência importante na criação da Federação Pan-Americana de Associações de Escolas de Medicina.

1823: Por ordem do Governo Republicano é contratada na França uma missão médica integrada pelos drs. Pedro Pablo Broc, Bernardo Daste e Desiré Roulín. Esses médicos atuaram por vários anos como professores de cátedras de medicina no Hospital San Juan de Dios de Bogotá, e alguns deles ficaram definitivamente no país.

1925: Relatório da Missão Pedagógica Alemã contratada pelo Governo Nacional. A missão foi constituída pelos srs. Anton Eitel, Karl Decker e Karl Glockner, assessorados pelos colombianos Emilio Ferrero, Tomás Rueda Vargas e Geraldo Arrubla. As recomendações dessa missão foram incorporadas no projeto de lei para organização da instrução pública que o presidente Pedro Nel Ospina apresentou ao Congresso em 1925. Aparece ali a Faculdade de Medicina como centro de "suas dependências e auxiliares" (odontologia, veterinária, farmácia e escola de enfermeiras). Ademais, o projeto consagra a representação estudantil nos corpos diretivos.

1931: Relatório da Missão Francesa constituída pelos drs. André Latarjet, Louis Tavarnier e Paul Durand e contratada pelo Governo Nacional com o propósito de organizar a faculdade de medicina.

1948: Relatório da Missão Médica enviada pelo "Unitarian Service Comittee", dos Estados Unidos. Presidiu essa missão o dr. G. H. Humphreys.

1953: Relatório da Missão Médica Norte-Americana contratada pela Universidade Nacional para realizar um estudo sobre a educação médica na Colômbia. Essa missão foi constituída pelos drs. Maxwell E. Lapham, Decano da Escola de Medicina da Universidade de Tulane, Charles M. Goss e Robert C. Berson. No relatório da missão recomendou-se a formação de uma associação ativa das escolas médicas da Colômbia. "Tal associação – expressa o relatório – deve manter laços fortes com organizações similares nos Estados Unidos (Associação de Colégios Médicos Americanos) e em outros países".

1955: Primeiro Seminário Nacional de Educação Médica, Cali. Segundo a publicação sobre esse seminário (Primeiro Seminário de Educação Médica na Colômbia, Universidade do Vale, Fundo Universitário Nacional, Cali, 1957), "[...] pensou-se no país que através de reuniões de decanos poderia ser resolvido bom número de problemas, mas logo que se apreciou que desta forma só poderiam ser abordados aspectos gerais e de organização, não os problemas específicos de disciplinas cujo desenvolvimento implica especialização. Estas considerações e a oportunidade de ter assistido a alguns dos 'Teaching Institutes' da Associação de Colégios de Medicina Norte-Americanos levaram o decano da Faculdade de Medicina da Universidade do Vale, doutor Gabriel Velázquez Palau, a propor a realização de um seminário nacional de educação médica". Colaboraram nessa reunião diversas entidades internacionais: a Fundação Rockefeller, o Serviço Cooperativo Pan-Americano de Saúde Pública, a

Oficina Sanitária Pan-Americana e a Escola de Medicina da Universidade de Tulane, que esteve representada por seu decano, o doutor Maxwell Lapham.

1957: Segundo Seminário Nacional de Educação Médica, Medelín. Início do Programa Tulane-Colômbia, que consiste em assessoria da Universidade de Tulane às sete faculdades de medicina da Colômbia e que duraria sete anos.

1959: Na Duodécima Reunião de Decanos das Faculdades de Medicina se subscreve a Ata de Constituição da Associação Colombiana de Faculdades de Medicina e se aprovam os estatutos que vinham sendo estudados desde 1956.

1960: Primeira Assembleia da Associação Colombiana de Faculdades de Medicina. Inicia-se o estudo dos procedimentos para a certificação de especialidades e recomenda-se a colaboração estreita com o Ministério da Saúde, o que produz como primeiro fruto a criação do Comitê de Acreditação de Hospitais da Associação Colombiana de Faculdades de Medicina.

1962: Segunda Assembleia da Associação Colombiana de Faculdades de Medicina: instalação do Conselho Geral de Especialidades Médicas; aprovação dos requisitos mínimos para faculdades de medicina na Colômbia.

Promulgação da Lei nº 14 de 1962, que deu à Associação Colombiana de Faculdades de Medicina atribuições para a abertura e funcionamento de faculdades de medicina na Colômbia, assim como para o reconhecimento de títulos médicos estrangeiros.

1963: Terceira Assembleia da Associação Colombiana de Faculdades de Medicina sobre o tema “Reorientação da educação médica na Colômbia”.

1964: Entra em plena atividade a Divisão de Educação, Planejamento e Desenvolvimento da Associação Colombiana de Faculdades de Medicina e se inicia o Estudo de Recursos Humanos para a Saúde e a Educação Médica sob a responsabilidade da associação e do Ministério da Saúde.

1965: Estabelece-se dentro da Associação Colombiana de Faculdades de Medicina a Divisão de Estudos de População.

A informação anterior foi tirada dos seguintes documentos: *Educación Médica en Colombia*, Estudo de Recursos Humanos para a Saúde e a Educação Médica; Relatório preliminar do dr. Raul Paredes Manrique, Associação Colombiana de Faculdades de Medicina e Ministério de Saúde Pública, Bogotá, 1966 (mimeografado); *Un Estudio de la Educación Médica en Colombia*, 1953, por Maxwell E. Lapham, Charles M. Goss e Robert C. Berson (mimeografado e sem data de publicação).

Levando em conta a informação anterior é possível extrair as seguintes conclusões:

1) O término da Segunda Guerra Mundial marca uma mudança no tipo de influência sobre a educação médica. Antes da metade desse século a influência provinha da Europa, e a partir dessa data começa o predomínio norte-americano na modelagem da educação médica colombiana.

2) A partir de 1953 muda a forma como se transmitiam os modelos educacionais estrangeiros. Até essa data isso era realizado através de missões especiais, e a partir de 1955 a influência é exercida através da participação de representantes de instituições estrangeiras e internacionais em reuniões locais. Esta última forma de influência foi institucionalizada com a criação de associações internacionais.

3) Até 1953 a influência externa era exercida sobre a Universidade Nacional, que constituía o padrão para as outras universidades do país. Posteriormente as entidades internacionais e estrangeiras passam a apoiar e estimular universidades e escolas diferentes da Nacional, especialmente as localizadas fora da capital do país.

20 GALVÃO LOBO, L. C.; FERREIRA, J. R. La carrera médica en la Universidad de Brasília. *Educación Médica y Salud*, Washington, D.C., v. 4, n. 4, 1970.

21 Debates do Conselho Federal de Educação, Brasil, 1963.

22 DRESSEL, P. L.; JOHNSON, F. C.; MARCUS, P. M. *The Confidence Crisis*. San Francisco: Jossey-Bass Inc., 1970.

23 DRESSEL, P. L.; JOHNSON, F. C.; MARCUS, P. M. *The Confidence Crisis*. San Francisco: Jossey-Bass Inc., 1970.

24 FERREIRA, J. R. El departamento en los centros de ciencias de la salud. *Educación Médica y Salud*, Washington, D.C., v. 5, n. 2, 1971.

CAPÍTULO 10

A ARTICULAÇÃO ENTRE O ENSINO MÉDIO E A EDUCAÇÃO MÉDICA

Se, como expressaram alguns autores, se aceita que a educação é um processo de amadurecimento contínuo e não espasmódico,[1] não deveria existir nenhuma limitação externa à expansão e ao desenvolvimento das potencialidades do indivíduo durante a educação primária e superior, e a educação deveria ser um caminho que vai se estreitando progressivamente em um processo de seleção dos mais capazes.

Os países economicamente avançados, que organizam a educação de sua população em um sistema integrado de três níveis (primário, médio e superior), aproximam-se do modelo sugerido no parágrafo anterior. Pelo contrário, nos países economicamente dependentes registam-se descontinuidades qualitativas e quantitativas entre os níveis em que se divide artificialmente a educação, destruindo-se assim a unidade do sistema. As descontinuidades mais importantes são produzidas entre os níveis médio e superior de ensino e alcançam sua manifestação máxima com o ingresso no curso médico.

Dois aspectos da articulação entre o nível médio e o superior foram apontados como os fatores mais importantes na geração das descontinuidades mencionadas, especialmente no que concerne à educação médica. No aspecto *quantitativo* observa-se um incremento rápido da demanda por educação médica durante as últimas décadas, sem ser acompanhado por um incremento proporcional de recursos para satisfazê-la. Esse incremento da demanda é maior em medicina que em outros cursos universitários e influenciou que outros cursos, considerados como prioritários em alguns países, não tenham um número suficiente de candidatos. No aspecto *qualitativo*, os docentes do nível educacional superior queixam-se insistentemente da preparação inadequada dos estudantes que ingressam na universidade.

Esses problemas de ordem qualitativa e quantitativa deram origem à formulação de uma série de dilemas: ingresso livre *versus* ingresso limitado, ingresso seletivo *versus* ingresso irrestrito, educação especializada *versus* educação geral; são dilemas que, porém, foram considerados por alguns educadores como falsos, já que o problema do qual partem não teria existência real ou pelo menos seria duvidoso.

A articulação entre os níveis médio e superior de ensino é, na realidade, um tema no qual se expressam as várias tendências ideológicas, educacionais e políticas.

Antes de analisar os diferentes sistemas de articulação entre o ensino médio e o de medicina existentes na América Latina, faremos referência à origem histórica de alguns destes sistemas, a fim de facilitar sua compreensão.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A separação de graus escolares em ciclos teve sua origem com a criação da universidade. Durante a Idade Média, para ingressar nas escolas de medicina, direito ou teologia, exigia-se o grau de bacharel em artes. Passar pela faculdade de artes proporcionava ao estudante um conhecimento básico geral que lhe permitia seguir estudos superiores. As sete "artes", chamadas liberais, agrupavam-se em duas categorias: o *trivium* e o *quadrivium*. O *trivium* compreendia gramática, retórica e dialética; e o *quadrivium*, música, aritmética, geometria e astronomia. Essas matérias constituíram a base da escola secundária como um ciclo preparatório para os estudos universitários.

Alguns autores quiseram ver nesse requisito a expressão de uma concepção humanista, não utilitária, da educação durante a Idade Média. Igual interpretação foi dada às palavras "universitas" e "studium generales", usadas naquela época.

As universidades medievais estavam dedicadas à educação profissional e muito poucas tinham todas as faculdades ou ramos do conhecimento. Rashdall[2] comenta sobre isso que "[...] muito do que entendemos por cultura e muito do que Aristóteles entendia pelo 'nobre uso do tempo livre' não foi apreciado pelo intelecto medieval".

O nível médio de ensino era concebido como estudos prévios necessários para o ingresso nas faculdades "superiores" e tinha a finalidade de preparar o estudante para entender disciplinas mais complexas, sem constituir um fim em si mesmo. Esse conceito do nível médio de ensino persiste em grande parte na

atualidade, mesmo quando hoje compete com o estabelecimento de programas especializados ou vocacionais.

Durante a colonização, as universidades ou *colleges* nas Américas foram fundados seguindo o modelo das universidades medievais e, portanto, mantiveram os mesmos requisitos de ingresso para os cursos profissionais.

Exemplo dessa influência nas universidades da América de fala espanhola se encontra na Resolução do Claustro da Universidade do México, de 12 de setembro de 1553, que diz:

> [...] aqueles que serão graduados como bacharéis de medicina serão primeiro graduados como bacharéis em artes, depois cursarão três anos e meio em medicina para se graduarem como bacharéis na dita faculdade e depois, para serem licenciados, praticarão dois anos e lerão um.[3]

Na América do Norte ocorreu algo semelhante, já que os colégios de medicina estabelecidos no século XVIII exigiam para o ingresso um grau em artes (*arts*) ou exames em latim, matemática e filosofia, depois dos quais o estudante entrava em um curso de sete anos que o levava ao bacharelado de medicina e finalmente ao doutorado.

Os estudos prévios eram de tipo geral, entendido como oposto a especial, mais de caráter utilitário. Muitas vezes os estudos de caráter geral foram confundidos com a concepção de estudos "liberais", entendidos como opostos a utilitários.

No século XIX mantiveram-se na América Latina os requisitos mencionados, com pequenas modificações, mas como matérias preparatórias. Com referência à utilidade das disciplinas, Cruz Jovin, médico membro da Comissão da Sociedade Médica que elaborou um plano de organização das faculdades de medicina do Rio de Janeiro e Bahia, opinava o seguinte:[4]

> [...] o latim [...] é necessário em uma ciência, cujos termos derivam-se em grande parte dessa língua, em que há tantas obras de sumo interesse que nos dão mais gosto da concisão. A necessidade da língua francesa foi justamente reconhecida pelos fundadores das escolas, nas quais se estudam autores franceses. A aritmética é tão necessária na arte de formular como a posologia; e a geometria é indispensável em anatomia e cirurgia, onde a cada passo se encontram corporações geométricas, e ninguém pode duvidar da influência desta verdadeira ciência sobre a retidão do raciocínio. Portanto não se deverá admitir estudante algum sem saber latim, francês, aritmética, geometria, ao menos plana e lógica, cuja necessidade é patente; e se eles souberem grego bom será, assim como alemão, inglês, mas não sejamos tão exigentes.[5]

É notável a semelhança entre os requisitos de admissão no século XIX e os estabelecidos durante a Idade Média, os quais se denominaram de artes liberais. Tal como o expressa Jovin, a exigência dessas disciplinas estava justificada por sua utilidade para entender aquelas mais específicas que constituíam o currículo médico. A introdução de matérias prévias, destinadas a formar um certo tipo de personalidade mais que a proporcionar conhecimento, aparece, como veremos mais tarde, durante o século XX.

Na América do Norte os requisitos de admissão para a educação médica foram abolidos no século XIX na maioria das escolas devido a pressões para se formar um maior número de médicos, surgidas no final do século XVIII. A emigração para o Oeste originou uma grande necessidade de médicos, fato que levou à criação de grande número de escolas que aceitavam candidatos que só sabiam ler e escrever. A supressão dos requisitos existentes durante o século XVIII nas escolas da América do Norte reflete também uma reação frente a estudos que se consideravam seletivos em termos de classe social e pouco práticos para o exercício médico.[6]

De 1880 a 1920 as escolas de medicina das Américas (Norte, Centro e Sul) sofrem influência do avanço científico na Europa, especialmente da universidade alemã. Essa influência se faz sentir sobretudo na América do Norte, onde se fundam escolas que seguem fielmente o modelo alemão, tal como a escola de medicina de Johns Hopkins. A introdução de matérias científicas destinadas a elevar os padrões da profissão médica nos Estados Unidos criou o problema de sua localização no currículo. Finalmente, tais matérias foram incluídas nos *liberal arts colleges*, o que provocou uma mudança na definição das artes liberais para abarcar as ciências naturais.[7]

Durante esse período passaram a ser exigidos de novo estudos prévios para o ingresso no curso médico: primeiro, quatro anos de educação secundária e então um ou dois anos de *college*. Flexner, em seu já clássico relatório sobre as escolas de medicina nos Estados Unidos,[8] recomenda como requisito de ingresso que o candidato tenha sido aprovado em dois anos de *college*, com especial ênfase em matérias científicas. O sistema eletivo foi, junto com a introdução de matérias científicas, a inovação que mudou o sentido da educação pré-médica universitária nos Estados Unidos.

Charles William Elliot, presidente de Harvard de 1869 a 1909, propôs que os estudantes fizessem a seleção dos cursos durante seus estudos de *college*, entidade que pertence ao sistema de educação superior. O sistema eletivo (de créditos) levou a uma especialização que muitos educadores consideraram como prejudicial, iniciando-se com isso uma polêmica que se prolonga até nossos dias.

Essa situação não se produziu na América Latina, pois foram seguidos padrões educacionais europeus, cuja educação geral preparatória era proporcionada pela educação secundária e a especialização, pela universidade.

A partir de 1920 se inicia uma nova etapa na história da educação médica nas Américas, que chega a caracterizar-se por dois fenômenos: a) rebelião nos Estados Unidos contra a especialização precoce nas universidades; e b) críticas na América Latina à educação secundária por sua incapacidade para formar adequadamente os futuros universitários e começo da influência da filosofia e da experiência norte-americana nas universidades latino-americanas.

a. Uma vez estabelecidos nos Estados Unidos os dois anos de *college* como requisito de ingresso na escola de medicina, este se converteu praticamente em uma introdução ao estudo de medicina, ainda que o sistema eletivo devesse permitir certa flexibilidade. As escolas que aceitaram os dois anos de *college* como requisito de ingresso prescreveram a necessidade de uma série de disciplinas e, dessa forma, converteram esses estudos prévios em verdadeiros cursos pré-médicos.

Na década de 1930 o movimento contra essa especialização excessiva adquiriu notoriedade com a publicação do relatório da Commission on Medical Education, sob os auspícios da Association of American Medical Colleges,[9] que expressa: "a educação pré-médica deveria ser geral, e não educação pré-profissional. Um treinamento geral sólido é de maior valor, como preparação para o curso médico, do que um treinamento técnico, limitado em grande medida às ciências pré-médicas".

Essa rebelião contra uma especialização científica precoce produziu algumas mudanças que se refletiram em uma diminuição das matérias científicas requeridas para ingressar nos estudos de medicina.

A polêmica, porém, não desapareceu por completo. No começo da década de 1950 foi reavivada com a publicação de vários livros e artigos sobre o tema, entre os quais merecem destacar-se o de Severinghaus, Carman e Cadbury:[10] *Preparation for Medical Education in the Liberal Arts Colleges*, patrocinado pela Association of American Medical Colleges. Segundo esses autores, os anos de *college* não deveriam estar exclusivamente destinados a preparar os estudantes para a escola de medicina, mas sim para adquirir uma educação liberal.

Bunnuel[11] classifica os argumentos apresentados a favor de uma educação liberal durante as décadas de 1920 e 1930 em três categorias: a) posição da profissão, b) capacidade profissional e c) capacidade pessoal. Alguns defensores da

educação liberal defendiam que o médico deveria ser um *leader* da comunidade e que, para sê-lo, deveria ser um homem educado. A educação liberal, para essas pessoas, poderia desempenhar um papel importante em elevar o *status* da profissão médica. Outros argumentavam que uma boa educação liberal pode ajudar o médico a entender o paciente e a si mesmo e a melhorar, assim, sua capacidade profissional. Por último, alguns médicos pensavam que a educação liberal podia desenvolver nos estudantes qualidades tais como habilidades para raciocinar, estudar independentemente, pensar criticamente e entender os outros.

Esse ataque à especialização também estava acompanhado de uma crítica aos cientistas que se preocupavam com a experimentação em animais sem levar em conta o homem total e a sociedade em que este vive.

Essa "liberalização ou humanização" da educação médica se referia não só à escolaridade prévia, mas também ao currículo médico. O uso dos termos "medicina social", "integral" e "abrangente" expressa a preocupação de se escapar do estreito limite do laboratório, do hospital e das salas de aula. Neste último aspecto, o livro de maior impacto foi *Widening Horizons in Medical Education*,[12] publicado em 1948, produto de sete anos de trabalho do "Joint Committee of the Association of American Medical Colleges and the American Association of Medical Social Workers".

b. Na América Latina o ensino preparatório esteve, em muitos países e por longos períodos, sob a jurisdição da universidade. Assim, no Uruguai a universidade controlou a educação primária e secundária até 1935, e no México a educação secundária esteve supervisionada pelas universidades até 1925.

No século XIX as faculdades de artes se transformaram em cursos universitários preparatórios e, posteriormente, em colégios secundários independentes das universidades. A universidade latino-americana acentuou, assim, seu caráter especializado e profissional, ficando os estudos gerais e humanísticos relegados à educação secundária. Uma expressão do pouco prestígio dado às disciplinas humanistas no ambiente universitário foi a criação tardia nas faculdades de humanidades, as quais, inclusive, se limitaram à formação de professores para o nível secundário.

O desenvolvimento especializado e profissional da universidade despertou reação de alguns intelectuais latino-americanos que acreditavam que a função da educação superior era formar "homens" antes que profissionais. Luís Alberto Sánchez dizia em 1949: "[...] como nossas universidades republicanas começa-

ram pela *profissão* para chegar à cultura, tivemos e temos um conjunto de profissionais incultos e antiuniversitários".[13] Porém, o centro da polêmica no ambiente intelectual latino-americano não era tanto a falta de preparação humanística dos profissionais como a falta de preparação científica adequada do estudante que entrava na universidade, e daí a crítica ao nível médio de ensino por não cumprir devidamente suas funções.

Um exemplo da preocupação com esse problema se observa no temário das reuniões regionais da década de 1950, nas quais, quase sempre, um dos temas centrais era a vinculação entre o colégio secundário e a universidade. O dr. Carlos Cuevas Tamarís dizia, ao inaugurar uma reunião internacional no Equador, em 1951:[14] "É indubitável que entre o colégio secundário e a universidade existem atualmente lacunas difíceis de preencher. Há desconexões e falta de continuidade".

A universidade trataria, então, de resolver as deficiências atribuídas ao sistema secundário mediante diversos mecanismos, entre eles a seleção dos candidatos e a organização de cursos preparatórios de nível superior.

O primeiro mecanismo recomendado e aplicado na América Latina foi a seleção de estudantes. Entre as várias reuniões e congressos que se pronunciaram favoravelmente a esse mecanismo podem-se citar: a Primeira e Segunda Reuniões Pedagógicas Médicas de Montevidéu, realizadas em 1923 e 1926; o Primeiro Congresso de Educação Médica, celebrado em Lima em 1951; e a Primeira e Segunda Conferência de Faculdades de Medicina da América Latina, reunidas no México em 1927 e em Montevidéu em 1960.

No Chile, a Universidade Nacional havia introduzido esse sistema em 1922, a Universidade de Concepción em 1924 e a Católica em 1930. No Brasil, já existia, desde 1911, um concurso de habilitação com um exame final da educação secundária, que adquiriu caráter seletivo para a universidade quando se introduziu o *numerus clausus*, em 1925.

A aceitação dos cursos preparatórios universitários como solução para o problema da deficiência universitária é mais tardia, apesar de que já existiam experiências em algumas universidades, como a de São Marcos, desde 1902, onde estudantes de cursos profissionais cursavam certas matérias propedêuticas nas faculdades de ciências e letras.

Recomendações para a introdução desses cursos foram elaboradas pela Associação Médica Brasileira em Ribeirão Preto, em 1956; no Primeiro Congresso de Educação Médica da Associação Médica Argentina, em 1957; na Primeira Conferência de Faculdades Latino-americanas no México, em 1957; e na

Segunda Conferência, realizada em Montevidéu em 1960. Nesta última reunião afirmou-se que:

> Em geral, o estudante que egressa do ciclo médio de ensino apresenta deficiências, tanto em seus conhecimentos como em sua formação mental, que dificultam o aproveitamento do ensino em uma faculdade de medicina. Para melhorar essa situação, de fato recomenda-se a criação de um curso pré-médico de nível universitário.[15]

A ideia de cursos pré-médicos lentamente se transformou na proposta de cursos gerais, e é assim que em 1958 foram criados na Universidade de Concepción, Chile, os institutos centrais, cuja finalidade fundamental era ofertar cursos gerais preparatórios para os cursos profissionais. Quase imediatamente foi criado o Centro Universitário de Estudos Gerais em Honduras, com o mesmo tipo de missão. Várias escolas do continente adotaram essa inovação no começo da década de 1960, entre elas as da América Central e algumas da Venezuela, Colômbia e Brasil. O modelo desses institutos e dos estudos gerais é, explícita ou implicitamente, o *college* norte-americano. O sr. Atcom, propulsor dessas ideias na América Latina, ao referir-se aos estudos gerais na Primeira Mesa Redonda Centro-Americana de Educação Médica, realizada em 1961, dizia: "De minha parte, penso que os primeiros anos, representados pelo sistema norte-americano do 'college', deverão ser reduzidos a um, ou a um máximo de dois anos".[16]

Junto com a adoção dos estudos gerais ou pré-profissionais, introduziu-se, como resultado da influência das correntes existentes nos Estados Unidos, o problema da incorporação de matérias humanistas nesses cursos e no curso médico propriamente dito. Com relação aos estudos gerais a pretensão era formar indivíduos com uma cultura geral, cuja justificativa, nos Estados Unidos, era satisfazer a demanda do crescente setor terciário, porém na América Latina isso resultava paradoxal.

Essa inovação, desde sua introdução até os dias de hoje, passou por várias fases reveladoras de outro problema que estava na base da sua adoção, mas que poucas vezes era apresentado: o incremento da demanda por estudos universitários.

Nas escolas de medicina de El Salvador e Guatemala os estudos gerais foram abolidos durante os últimos anos como resultado da pressão estudantil, que via nesses cursos um mecanismo de seleção e demora em realizar suas aspirações profissionais. Em outros países, como a Venezuela, foram introduzidos como uma forma de postergar a entrada massiva de estudantes nas escolas profissionais.

SITUAÇÃO ATUAL

O processo de admissão – segundo Bowles[17] – é função da relação entre a educação secundária e a superior. Quando se produzem mudanças nessa relação, também muda o processo de admissão.

Na atualidade encontramos uma ampla gama de formas de seleção dos candidatos ao ensino superior como resultado de mudanças importantes produzidas a partir da Segunda Guerra Mundial na relação, tanto em seus aspectos quantitativos como qualitativos, entre a educação secundária e a superior na América Latina. Tais mudanças não ocorreram na mesma intensidade em todos os países, tampouco em todas as escolas de um mesmo país e, portanto, as mudanças no processo de admissão têm sido diversas.[18]

Uma classificação das diferentes formas de seleção em grandes categorias não só permite descrever a situação atual como também ajuda a identificar as tendências de mudança e, com esse objetivo, é de grande utilidade teórica e prática utilizar como critério de classificação o momento em que se produz a seleção. Assim, os mecanismos de seleção podem ser agrupados em: a) seleção dentro da escola secundária; b) seleção ao ingressar na educação superior; e c) seleção dentro da universidade ou na escola de medicina.

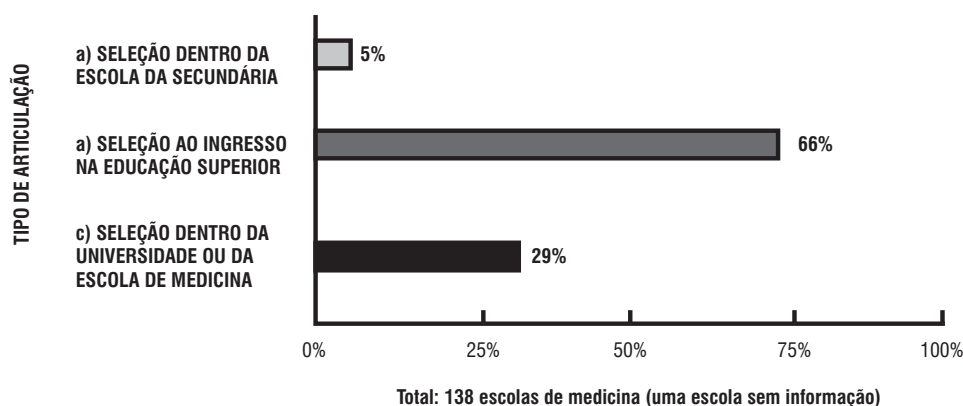
A seleção dentro da escola secundária opera pela aceitação do candidato com base em credenciais fornecidas pela escola secundária. Essa forma de seleção pode ser denominada automática e por muito tempo foi o tipo mais comum na América Latina.

A seleção ao ingressar na educação superior consiste em considerar as qualificações da escola secundária, estabelecendo uma nota abaixo da qual o aluno fica desclassificado, ou aplicando um exame de ingresso, ou ainda utilizando-se uma combinação desses dois critérios.

A seleção dentro da universidade ou da faculdade de medicina consiste em cursos preparatórios para os cursos universitários.

A forma de seleção mais frequente é a realizada por ocasião do ingresso na educação superior e está sob controle das instituições de educação superior (Figura 56). Isso não foi sempre assim; durante vários anos predominou a forma de seleção dentro da escola secundária, sob o controle desta. Na atualidade observam-se mudanças como as seguintes: a) as instituições de ensino superior assumem cada vez mais o controle da seleção e b) esta se faz cada vez mais complexa. A relação equilibrada entre educação secundária e superior se rompeu ao produzir-se uma massificação da educação média. Os resultados desse desequi-

líbrio foram o desconhecimento da validade das credenciais dadas pela escola secundária e a modificação desta para adaptar-se às exigências do nível superior.

Figura 56. Porcentagem de escolas de medicina da América Latina por tipo de articulação com o ensino secundário

Seleção automática ou dentro da escola secundária

O ingresso automático na escola de medicina somente com a apresentação do certificado de estudos secundários, ao qual se soma geralmente o de "boa saúde" e, em alguns casos, o de "boa conduta", apresenta-se em um número reduzido das escolas existentes em 1967 na América Latina. Esse número reduziu-se ainda mais quando foram estabelecidos, em 1970, os exames de ingresso nas escolas de medicina de Cuba.

Esses últimos acontecimentos refletem a tendência, acentuada durante as últimas décadas, a um declínio do papel da escola secundária no processo de seleção. Isso se deve fundamentalmente ao rápido incremento do número de egressos do nível médio que desejam seguir estudos superiores, especialmente nos cursos mais atrativos, como medicina e direito. O caso de Cuba é um exemplo desse tipo de pressão numérica a que as universidades estão submetidas, em particular as escolas de medicina. De fato, ao expandir-se a educação média em Cuba e facilitar-se a educação universitária, produziu-se um aumento massivo de candidatos que se direcionaram para a medicina, ocasionando um desequilíbrio em relação a outros cursos.

Se esse fenômeno ajudou a resolver o problema da formação de pessoal médico e permitiu alcançar altos níveis de relação médico-habitantes, criou problemas de excesso de oferta e impossibilidade de absorção da demanda. Por

outro lado, as profissões consideradas prioritárias nesse momento no país não tinham uma demanda adequada. Essa situação levou à implantação, em 1970, de um exame de ingresso nas escolas de medicina com o objetivo de limitar o acesso a esse curso.

Em 1970 somente quatro escolas de medicina tinham um ingresso automático: uma no Uruguai, duas no México e uma no Equador. O fato de que essas escolas ainda aceitem que a seleção se realize dentro da educação secundária deve-se, em boa medida, à inexistência de mudanças notáveis na relação entre a educação secundária e a superior. A escola de medicina do Uruguai não passou por situações de mudanças quantitativas críticas que apontassem o problema da limitação devido aos baixos índices de natalidade aos altos índices de escolaridade média do país, os quais mantêm estáveis as quantidades de candidatos à universidade. As duas escolas mexicanas que mantêm o ingresso automático, diferentemente das outras do mesmo país, não apresentaram variações no número de candidatos devido a sua condição relativamente marginal.

Seleção no momento de ingresso à educação superior

A seleção do candidato que se apresenta para ingressar na educação superior é o mecanismo mais frequentemente usado nas escolas de medicina da América Latina e representa um passo em direção a formas mais complexas de seleção. As escolas que atualmente realizam a seleção dentro da instituição no passado faziam isso no momento do ingresso ao curso médico. Nesse sentido as três formas de seleção mencionadas representam passos de uma escala acumulativa de requisitos.

Assim, na seleção ao ingresso mantêm-se os requisitos do mecanismo automático e se agregam outros que vão além do término bem-sucedido do curso secundário. Os requisitos são ampliados com a adoção de um ou ambos dos seguintes mecanismos:

a. Aceitação das credenciais outorgadas pela escola secundária, mas de forma mais seletiva

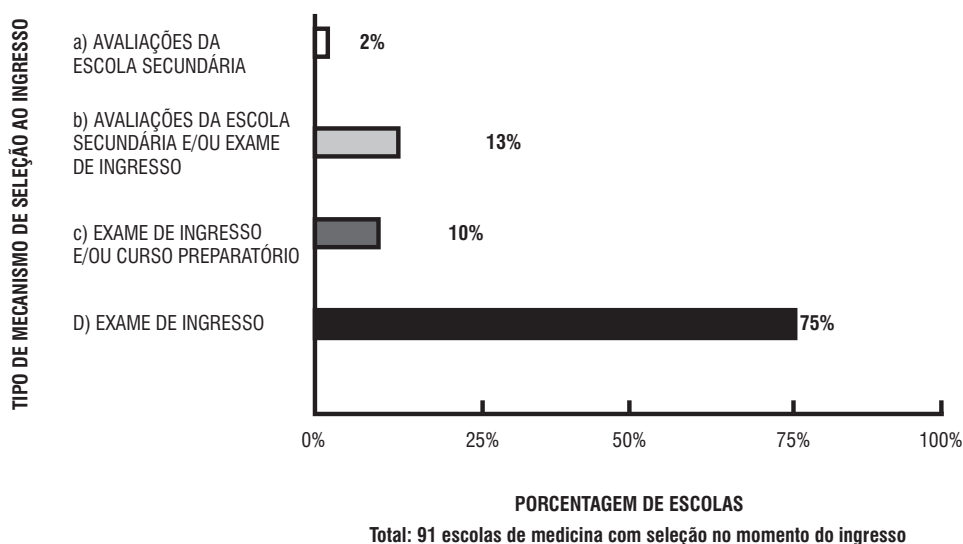
A dificuldade de ingresso aumenta seguindo uma destas formas: 1) levando em conta as qualificações dos estudos secundários, define-se uma nota média de ingresso, superior à que permite obter o certificado do ensino médio; 2) ordenam-se os candidatos segundo as notas obtidas em uma escola secundária e aceitam-se os estudantes nessa ordem até completar o limite estabelecido pela escola; e 3) classificam-se em uma determinada hierarquia as escolas secundárias

de onde provêm os estudantes e aceitam-se os alunos de acordo com o ordenamento das escolas.

b. Estabelecimento de exames de ingresso pela instituição de ensino superior

Os exames de ingresso contemplam os conhecimentos geralmente transmitidos na escola secundária ou incluem os que se espera que deveriam ter sido ensinados no nível médio de ensino.

O tipo de mecanismo de seleção mais frequentemente aplicado é o exame exclusivamente (Figura 57). Este também pode ser combinado com outros tipos de seleção ou se apresentar como alternativa às qualificações ou aos cursos preparatórios. Como veremos adiante, o exame como forma exclusiva de seleção geralmente inclui outras formas de seleção.

Figura 57. Porcentagem de escolas de medicina da América Latina segundo mecanismo de seleção para ingressar na educação superior

As duas escolas que utilizam as qualificações da escola secundária como método de seleção e 6 das 13 escolas que empregam as notas do nível médio, combinadas ou como alternativas ao exame de ingresso, pertencem ao México. O uso das notas do ensino secundário empregado por boa parte das escolas de medicina do México deve-se às características peculiares de seu sistema de ensino médio. No México, a educação secundária se divide em dois ciclos, e o último encontra-se sob a direção das universidades. Até 1925, todo o nível secundário se encontrava sob a direção da universidade, mas desde essa data as

universidades só são responsáveis pela escola preparatória – que corresponde ao segundo ciclo do ensino secundário. Ademais, as escolas preparatórias privadas devem seguir os currículos de uma das universidades públicas. A homogeneidade dos currículos do segundo ciclo na educação secundária mexicana e o controle que a universidade tem sobre ele permitiram adotar as qualificações daquele ciclo como mecanismo de seleção.

A maioria das universidades e escolas de medicina da América Latina resistem a utilizar as qualificações da escola secundária como critério único ou combinado devido à heterogeneidade na qualidade e responsabilidade das escolas secundárias, especialmente porque grande parte delas pertence ao setor privado, o que faz com que fiquem muitas vezes fora do controle estatal. As notas do ensino secundário, segundo alguns educadores, não são comparáveis entre os alunos provenientes de diferentes estabelecimentos, dado que seus critérios de qualificação são distintos. Alguns países trataram de remediar essa situação estabelecendo exames nacionais uniformes; em alguns deles, como Chile, chamaram-se "bacharelato".

No México, algumas escolas utilizam as qualificações do ensino secundário para selecionar os candidatos que procedem de suas próprias escolas preparatórias e submetem a exames de ingresso os estudantes que provêm de escolas preparatórias privadas ou de outras universidades.

Cinco escolas da Venezuela utilizam para a seleção de seus estudantes uma pontuação que considera o exame de ingresso e as notas da educação secundária. Estas últimas contribuem para a pontuação total com percentual menor que o dos exames de admissão.

Nove escolas de medicina da América Latina utilizam como mecanismo de seleção cursos de curta duração, preparatórios para o exame de ingresso ou como alternativa a este, já que em algumas circunstâncias são optativos e liberam os estudantes do exame de seleção. Essa modalidade de cursos preparatórios para o exame de ingresso tem importância não tanto por sua frequência, mas por seu significado. A existência de exames de seleção ao ingresso deu lugar em alguns países ao estabelecimento de cursos para sua preparação, que geralmente são oferecidos por organizações privadas e ficam, portanto, "ocultos" da análise dos requerimentos formais. Algumas escolas institucionalizaram esses cursos, e em algumas escolas estes representaram uma fase de transição no estabelecimento de cursos pré-médicos.

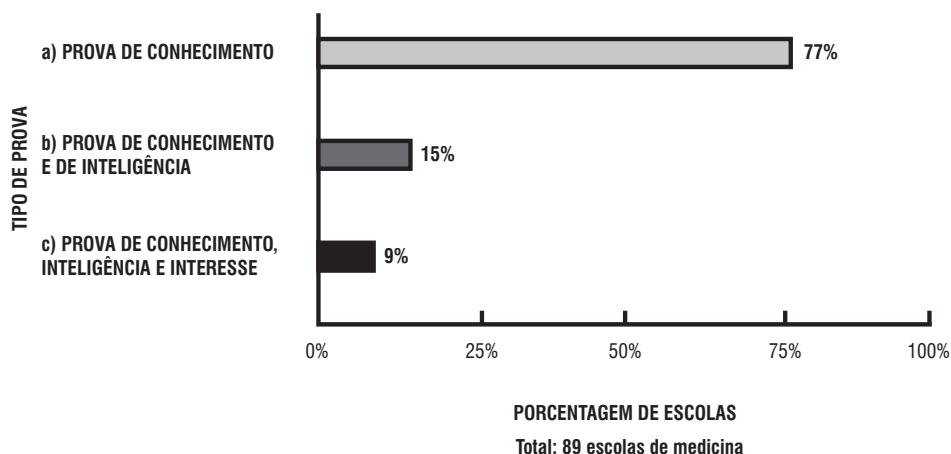
Das 67 escolas de medicina da América Latina que utilizam o exame de ingresso[19] como único mecanismo formal de seleção, 55 pertencem ao Brasil.

Porém, o ingresso ao nível superior no Brasil representa para o estudante um esforço adicional à simples realização do exame de ingresso. Segundo Teixeira,[20] no Brasil o estudante que postula ao terceiro ciclo tem duas alternativas: apresentar-se imediatamente ao exame de ingresso ou dedicar um ano à preparação para esse exame. Essa preparação é oferecida por organizações privadas que gozam de grande reputação na técnica de fazer o estudante "passar" no exame de ingresso. Esse sistema educacional "oculto" surgiu ante a dificuldade de aprovação no exame vestibular. Em um estudo realizado pela Associação Brasileira de Escolas Médicas (Abem) em 1966 sobre os estudantes que se apresentaram aos exames de admissão nas escolas de medicina do Brasil,[21] encontrou-se que sete de cada dez estudantes haviam feito cursos preparatórios e que, destes, 29% haviam frequentado durante dois ou mais anos esses cursos.

A dificuldade de aprovação nesses exames pode ser medida pelo fato de que 45% dos alunos que se apresentaram para o exame – segundo o mencionado estudo – haviam se apresentado anteriormente sem terem sido aprovados e, destes, 65% haviam feito o exame duas ou mais vezes.

Como solução ao problema de uma seleção altamente competitiva, que não alcança os objetivos de selecionar os mais capazes, Teixeira propõe a criação de um ano preparatório na universidade. Para esses efeitos, a Universidade de Brasília introduziu cursos básicos gerais, que foram adotados, em anos recentes, por outras universidades. Esses cursos serão examinados com mais detalhe adiante, ao tratarmos dos mecanismos de seleção dentro da universidade. Fica por analisar o tipo de exame utilizado pelas escolas para selecionar seus estudantes.

Quando são aplicadas provas de admissão como mecanismo de seleção, a forma mais frequente é o exame de conhecimentos (Figura 58). Em 52 das 69 escolas que empregam provas de conhecimento, esta é a única forma de seleção; as restantes as utilizam junto com as notas da escola secundária, entrevistas pessoais ou como alternativa aos cursos preparatórios. Das 89 escolas que empregam provas de admissão, só 18 utilizam entrevistas pessoais como outra forma de seleção. A entrevista pessoal, que já foi relativamente comum há alguns anos, foi perdendo popularidade, sendo substituída por provas objetivas. A entrevista pessoal nunca é empregada como única forma de seleção e, ainda que seja difícil conhecer os critérios dos entrevistadores, geralmente serve como uma avaliação geral e só para descartar casos extremos.

Figura 58. Porcentagem de escolas de medicina da América Latina segundo tipo de prova de admissão

As provas de aptidão acadêmica, que consistem em medidas de habilidade geral, tais como a verbal e matemática, são utilizadas conjuntamente com as provas de conhecimento e, em algumas circunstâncias, com provas vocacionais ou de interesse.

As provas de conhecimento utilizadas são escritas e assumem a forma de ensaio ou com questões de múltipla escolha, sendo esta última a mais frequente. Uma revisão das provas de múltipla escolha utilizadas revela que, apesar de ter melhorado notavelmente a técnica da sua elaboração, a maioria das perguntas ainda faz referência à memória de fatos e informações.

Quando são analisadas as áreas nas quais se examinam os conhecimentos, observamos a ênfase nas chamadas ciências naturais e exatas, mais especificamente em biologia, física, química e matemática, as quais são consideradas básicas para iniciar os estudos médicos. Poucas escolas examinam os candidatos quanto aos seus conhecimentos sobre ciências sociais e matérias humanísticas, apesar de nos últimos anos ter-se insistido na necessidade de que o médico adquira esses conhecimentos.

É possível que com o exame de conhecimentos sobre ciências naturais e exatas sejam selecionados estudantes com determinadas características de personalidade. Hoje em dia sabemos que os estudantes não se comportam da mesma forma em todas as áreas de conhecimento durante seus estudos secundários e que, ao contrário, existem inclinações que se revelam nessa atividade escolar. É possível que enfatizando o exame nas matérias das ciências natu-

rais e exatas se atraiam os interessados nessas áreas e se desanimem aqueles que se inclinam para as ciências sociais e as humanidades.

Seleção dentro da universidade ou dentro da escola de medicina

Este nível é de maior complexidade que os dois anteriores e se caracteriza pelo fato de o nível superior tomar para si parte da responsabilidade que recai sobre a educação média, ou seja, a formação básica do estudante.

Agrupamos nesta categoria as escolas que ensinam matérias ou componentes curriculares que correspondem ao nível secundário, sem considerar a forma como o fazem. O ensino dessas matérias é feito sob a forma de cursos obrigatórios prévios ao ensino das matérias consideradas de nível profissional.

Em uma primeira classificação os cursos pré-profissionais podem ser agrupados em duas categorias: a) aqueles que dão opção a vários cursos, chamados estudos comuns ou gerais, e b) os que somente estão destinados ao curso médico, a saber, aos estudos pré-médicos. Essa diferença é considerada de grande importância, porque os primeiros estão destinados a fornecer uma educação geral ao futuro profissional, coisa que não ocorre com os estudos pré-médicos.

Diferentemente das análises prévias,[22] incluímos aqui algumas escolas que têm no primeiro ano do curso componentes curriculares que podem ser considerados como básicos e não profissionais.

Os cursos pré-profissionais universitários são acompanhados geralmente de seleção, que pode ser prévia, posterior ou prévia e posterior aos estudos. Somente 10% das escolas não têm nenhum tipo de seleção prévia ou posterior ao curso.

Identificou-se que 43% das escolas com curso pré-profissional podem ser classificadas entre as que têm estudos comuns, e as 57% restantes, entre as que têm estudos pré-médicos (Quadro 103).

Quadro 103. Número de escolas de medicina por tipo de curso pré-profissional obrigatório e tipo de seleção, 1967

Tipo de seleção	Tipo de curso pré-profissional	
	Estudos comuns	Estudos pré-médicos
Sem seleção		4
Prévio ao curso	11	18
Posterior ao curso	2	
Prévio e posterior	4	1
Total	17	23

Esse tipo de mecanismo de seleção apresenta ao aluno maiores barreiras que os analisados anteriormente, já que não só deve ser aprovado nos cursos correspondentes, mas também deve submeter-se a provas seletivas de diversas naturezas. Entre essas provas as mais frequentes são as que combinam conhecimento e atitudes (Quadro 104).

Quadro 104. Porcentagem de escolas com pré-profissional por tipo de prova requerida, 1967

Tipo de prova	Escolas	
	Número	Porcentagem
Conhecimento	7	19
Conhecimento e aptidão	22	61
Conhecimento, aptidão e vocação	5	14
Atitudes e vocação	2	6
Total	36	100

Das 22 escolas que utilizam provas de conhecimentos e atitudes, 11 tomam em consideração, ademais, as qualificações da escola secundária. As provas de conhecimentos são sobre biologia, física e química na maioria das escolas, e em algumas se agregam componentes curriculares de idiomas, história e cultura geral.

As escolas que realizam uma seleção posterior ao curso pré-profissional geralmente levam em consideração as qualificações obtidas no curso e as utilizam para ordenar os estudantes segundo desempenho, escolhendo os melhores até completar o número *clausus* instituído. Essa modalidade se assemelha à posição que algumas escolas secundárias tomam em relação a seus egressos e indica que a motivação para implantar os cursos pré-profissionais foi limitar o ingresso.

Cursos pré-profissionais

Os cursos pré-profissionais, tal como se apresentam atualmente, são de origem recente e recebem variadas denominações. Em algumas escolas são parte integrante do currículo e são por vezes conhecidos com o nome de ciclo fundamental ou de ciências básicas; por vezes formam um curso separado.

Os motivos mais frequentemente anunciados para adotar os cursos pré-profissionais na educação superior foram os seguintes:

a. Melhorar a preparação básica dos estudantes. Supõe-se que os estudos secundários não proporcionam conhecimentos fundamentais considerados necessários para que o estudante se aproprie dos conhecimentos

ofertados em componentes curriculares profissionalizantes de maior complexidade, referindo-se especialmente à biologia, física, química e raramente às ciências sociais.

b. Ajudar o estudante a adaptar-se às exigências dos estudos universitários. Esse motivo traz implícita a percepção da incapacidade da escola secundária de formar no estudante hábitos e métodos de estudo necessários ao ambiente universitário. Geralmente aponta-se a dependência do aluno em relação ao professor, aos apontamentos e à "memorização".
c. Melhorar a preparação do aluno na área humanística com objetivo de formar bons cidadãos.
d. Afirmar, modificar e canalizar vocações profissionais, ou seja, realizar uma tarefa de orientação profissional.
e. Integrar o aluno à vida social universitária. Fomentar um espírito comum universitário entre os alunos de todas as especialidades e cursos profissionais.

Os dois primeiros objetivos são enunciados por aquelas escolas que têm cursos pré-médicos ou de ciências básicas, enquanto os restantes são estabelecidos por escolas que têm os chamados estudos gerais.

Outra classificação possível dos cursos pré-profissionais seria a que se baseia na unidade responsável pela organização e programação desses cursos. De acordo com esse critério, 42% das escolas de medicina são responsáveis por esse tipo de curso, em 35% são faculdades de ciências e/ou humanidades e em 23%, unidades especiais que recebem diferentes nomes, tais como institutos, centros e unidades. É nestes últimos casos que encontramos um tipo de unidade universitária com características novas para a América Latina (Quadro 105).

Quadro 105. Porcentagem de escolas por unidade encarregada de ensino pré-profissional, 1967

Tipo de unidade	Número	Porcentagem
Faculdade ou escola de medicina	17	42
Faculdade ou divisão de ciências e/ou humanidades	14	35
Institutos, centros de estudos gerais ou departamentos centrais	9	23
Total	40	100

Os institutos, centros ou departamentos centrais foram implantados sobre um sistema universitário que não se transformou, o que criou problemas de sobreposição e conflito. Esses institutos ou centros têm dois objetivos fundamentais:

a) oferecer preparação básica a todos os alunos que seguirão estudos profissionais e b) ministrar cursos de pós-graduação nas ciências básicas.

Com relação ao segundo objetivo é que esses centros entram em conflito com outras faculdades existentes, tais como as de ciências e humanidades, que já tinham entre suas funções formar doutores de ciências e realizar pesquisa básica. Por exemplo, no Brasil, antes de serem criados os institutos centrais, a Faculdade de Filosofia assumia essas funções, e muitos educadores a consideravam como o núcleo central da universidade contemporânea, em que se reuniam todas as ciências básicas comuns a várias profissões. Nesse modelo universitário existia uma separação clara entre o ensino das ciências básicas e das aplicadas, que eram as profissionais. Ademais, a educação geral se diferenciava da especializada, que era oferecida por faculdades profissionais. Esse tipo de unidade tem como modelo as instituições norte-americanas: o *liberal arts college* e o *graduate school.*

Quatorze escolas introduziram os estudos pré-profissionais dentro de suas próprias estruturas, utilizando geralmente as faculdades de ciências e humanidades e as de filosofia. Algumas dessas faculdades colaboram estreitamente com as escolas de medicina na elaboração dos cursos pré-profissionais, que são verdadeiros estudos pré-médicos.

A implantação desses cursos, especialmente os chamados estudos gerais, constituiu um quarto nível de ensino. No momento de sua criação foram anunciados alguns riscos, mas se estabeleceram alguns mecanismos para evitá-los.

A metade dos cursos pré-profissionais, sob a responsabilidade das faculdades de ciências e humanidades ou letras, organizou-se com a estreita colaboração de faculdades e escolas de medicina e constituiu cursos pré-médicos, já que só oferece opção para esse curso (Quadro 106).

Quadro 106. Número de cursos pré-profissionais, por tipo de opção, segundo unidade responsável pelo ensino, 1967

Tipo de opção	Unidades responsáveis pelos cursos pré-profissionais		
	Escola ou faculdade de medicina*	Faculdade ou divisão de ciências e/ou humanidades	Institutos centrais ou de estudos gerais
Exclusivamente medicina	14	7	0
Várias carreiras	1	7	9
Total	15	14	9

* Duas escolas sem informação.

Dos cursos que estão sob responsabilidade das faculdades e escolas, somente um dá opção a vários cursos ou profissões, e isso porque a faculdade que o oferece está constituída por várias escolas.

Os cursos que abrem várias opções de seguimento na realidade limitam o ingresso, já que o estudante deve inscrever-se no que deseja seguir e também ser aprovado em certas matérias requeridas para o ingresso. Quase todos os cursos comuns ou gerais são baseados no sistema de "créditos". Nesse sistema, para que o aluno seja admitido nas escolas profissionais, os componentes curriculares obrigatórios são determinados antecipadamente. Por isso o número de componentes curriculares opcionais é reduzido tanto em número como em horas de ensino.

Os cursos pré-profissionais dedicam quase todo o seu tempo de ensino às ciências naturais e matemáticas, deixando pouco ou, em alguns casos, nenhum tempo ao ensino das ciências sociais, humanidades e idiomas (Quadro 107). Na prática, os cursos pré-profissionais, apesar das declarações contrárias, são de caráter especializado e giram ao redor das ciências naturais. Destes, os que estão sob a responsabilidade da escola de medicina dão maior ênfase às ciências naturais e às matemáticas do que aqueles que estão a cargo dos institutos centrais ou sob as faculdades de humanidades. Isso explicaria a diferença de enfoque no ensino dos grupos encarregados e a diferença de recursos, que faz com que as escolas de medicina se concentrem em componentes curriculares que contam com professores da instituição, que são os de biologia.

Quadro 107. Número de cursos pré-profissionais segundo a porcentagem do total de horas dedicadas às ciências naturais e às matemáticas e segundo unidade responsável pelo curso e tipo de opção, 1967

Porcentagem	Escola ou faculdade de medicina*		Faculdade ou divisão de ciências e/ou humanidades		Institutos ou departamentos centrais ou de estudos gerais	
	Opção		Opção		Opção	
	Medicina	Vários	Medicina	Vários	Medicina	Vários
90-100	5	1				
80-99	2		1			3
70-79	5		3	4		3
60-69	2		2	1		2
50-59			1	2		1
Total	14	1	7	7		9

* Duas escolas sem informação.

O número de horas por aluno nos cursos pré-profissionais varia de acordo com a sua duração e é de aproximadamente 1.000 horas por aluno por ano (Quadro 108).

Quadro 108. Média de horas de ensino por aluno na educação pré-profissional segundo duração dos estudos, 1967

Duração	Número de cursos	Média
Menos de um ano	5	664
Um ano	21*	1.036
Dois anos	13*	2.069
Três anos	1	1.984
Total	40	1.286

* Uma escola sem informação.

Não temos informação sobre os métodos empregados no ensino pré-profissional, mas a observação e a opinião de vários educadores parecem coincidir em dois aspectos: no geral, nesses cursos predomina o ensino teórico, e os cursos dos chamados estudos gerais ou de áreas comuns são numerosos, o que diminui a qualidade do ensino.

Até a presente data não foi feita avaliação alguma sobre os estudos pré-profissionais como solução à deficiente preparação da educação secundária e ao problema da alta incidência de alunos irregulares. Tampouco foi possível determinar se o prolongamento do período de estudos a que dão lugar é compensado pelo benefício que rendem. Por outro lado, não houve consenso quanto a ser de competência da escola médica esse tipo de ensino, ou se cabe à escola somente assumir funções normativas e deixar a outros organismos universitários a execução desse programa.

CONCLUSÕES

A articulação entre os sistemas de ensino médio e superior é uma área na qual os problemas não têm uma solução simples e única e dependem em alto grau do sistema político e econômico do país. É evidente que decisões na universidade não podem mudar o sistema de oportunidades educacionais existentes no país, que é problema central não só da articulação mencionada, mas também de toda a estrutura educacional. É por isso que os mecanismos de articulação encontra-

dos na América Latina foram o resultado de mudanças ocorridas na sociedade e, consequentemente, no sistema educacional.

NOTAS

1 BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Federal de Educação. *Articulação da escola média com a superior*. Brasília, DF: MEC, 1967. Separata do Documento 79.

2 RASHDAL, H. *The Universities of Europe in the Middle Ages*. London: Oxford University Press, 1961. v. 3.

3 CARREÑO, A. M. *La Real y Pontificia Universidad de México.* México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México, 1961.

4 Este texto foi originalmente transcrito da língua portuguesa do século XIX. Os termos utilizados foram mantidos tal como redigidos na versão original (N. T.).

5 BRUNO LOBO, F. *O ensino de medicina no Rio de Janeiro.* Rio de Janeiro: [*s. n.*], 1964.

6 A história dos requisitos de admissão nas universidades dos Estados Unidos até princípios do século XX pode ser encontrada no livro de Edwin Cornelius Broome: *A Historical and Critical Discussion of College Admission Requirements*, 1903 (reimpresso por College Entrance Examination Board, Princeton, 1963).

7 RUDOLPH, F. *The American College and University.* New York: Vintage Books, 1962.

8 FLEXNER, A. *Medical Education in United States and Canada.* New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

9 RAPPLEYE, W. C. (dir.). *Final Report of the Commission on Medical Education.* New York: Director of Study, 1932.

10 SEVERINGHAUS, A. E.; CARMAN, H. J.; CADBURY, JUNIOR, W. E. *Preparation for Medical Education in the Liberal Arts College*. The Report of the Subcommittee on Pre-professional Education of the Survey of Medical Education. New York: McGraw-Hill Book Company, Inc., 1953.

11 BUNNELL, K. P. Liberal Education and American Medicine. *Journal of Medical Education*, Chicago, v. 88, n. 4, 1958.

12 WIDENING Horizons in Medical Education. A study of Teaching of Social and Environmental Factors in Medicine. *The Commonwealth Fund*, New York, 1948.

13 SÁNCHEZ, L. A. *La Universidad Latinoamericana.* Guatemala: Universidad de San Carlos, 1949.

14 Este discurso foi publicado nos *Anales de la Universidad de Cuenca*, setembro de 1951.

15 Uma análise desta e de outras conferências sobre educação médica na América Latina revela que o tema do ingresso ao curso médico tem sido um dos que mais têm preocupado os educadores do nosso continente e no qual frequentemente se encontram posições carregadas afetivamente. Nessa mesma conferência se disse, por exemplo, que "[...] tendo em conta que na formação de médicos é um princípio reconhecido não sacrificar a qualidade à quantidade, resulta óbvio dever moral a limitação estrita de estudantes". (Resoluções da II Conferência das Faculdades Latinoamericanas de Medicina, Montevideo, 2 de dezembro de 1960)

16 MEMORIA de la Primera Mesa Redonda Centroamericana de Educación Médica. San Salvador: Editorial Universitária, 1962.

17 BOWLES, F. *Access to Higher Education*. [*S. l.*]*:* UNESCO, 1963. v. 1. Neste livro, que apresenta os resultados de um estudo internacional sobre ingresso em universidades, Bowles explica as razões pelas quais a admissão não se apresentava como algo problemático antes da Segunda Guerra Mundial: "Por muitos anos, os problemas operacionais de requisitos e seleção para admissão não tiveram importância, pois o equilíbrio entre o número de candidatos e o número de vagas a serem preenchidas no ensino superior foi mantido por um processo seletivo implícito no ensino médio – uma regra rigidamente prescrita e um programa de estudos rigorosamente controlado com exame terminal que serviu para fazer o ajuste final no equilíbrio entre os candidatos e as vagas disponíveis para eles no ensino superior".

18 Durante a década de 1960 se realizaram alguns estudos sobre o processo de admissão às universidades que, como já se expressou, constituía uma preocupação dos educadores nessa época. Existem alguns estudos sobre o problema na América Latina, tais como o de Adolfo Fortier-Ortiz. *Problems of University Admission in Latin America.* (A report to the Trustees of the Colleges Entrance Examination Board. New York: [*s. n*.], 1963) Estudos sobre o problema em alguns países latino-americanos podem ser encontrados na investigação publicada pela Unesco sobre entrada na universidade: *Access to Higher Education.* [Paris]: National Studies – UNESCO, 1965. v. 2.

19 Denominado no Brasil, na época, exame vestibular (N. T.).

20 TEIXEIRA, A. S. Introducción al estudio sobre admisión a las universidades en Brasil. *In*: UNESCO. *Access to Higher Education*. [Paris]: National Studies – UNESCO, 1965. v. 2.

21 CASTRO, C. L. M. *Características socioeconômicas dos candidatos aos cursos de medicina – ensino médico no Brasil*. [Belo Horizonte]: Associação Brasileira de Escolas Médicas, 1967. Parte 3.

22 GARCÍA, J. C. Características generales de la educación médica en la América Latina. *Educación Médica y Salud*, Washington, D.C., v. 3, n. 4, 1969. Nesta análise, só foram incluídos como cursos pré-profissionais os quais estavam claramente separados do currículo do curso médico propriamente dito. Porém, uma análise posterior de maior profundidade revelou que o primeiro ano de algumas escolas constituía um verdadeiro curso preparatório.

EPÍLOGO

CAPÍTULO 11

A EDUCAÇÃO MÉDICA E A ESTRUTURA SOCIAL

No presente trabalho se tentou descrever um modo de produzir médicos que é dominante nos países da América Latina e que pode ser denominado "escolar". Esse mesmo "modo" pode ser encontrado na formação de outros profissionais, tais como odontólogos, farmacêuticos e enfermeiras universitárias. Porém, em outras categorias do pessoal de saúde descobrimos outras formas de preparação, nas quais se integram ensino e trabalho, como sucede com a formação do chamado pessoal auxiliar.

"Modo de produzir pessoal de saúde" é, por conseguinte, um conceito que se usa para descrever tipos "puros" ou "homogêneos" de formação. Quando se analisa a formação de pessoal em uma sociedade historicamente determinada, encontramos diversos modos coexistindo, até para um mesmo tipo de pessoal. Isso exemplifica os dois passos metodológicos que devem ser dados quando se estuda uma situação concreta: a) a descrição de modos puros ou ideais de formação e o estudo das leis que regem seu desenvolvimento; e b) análises empíricas de situações concretas nas quais coexistem vários modos de formação. Este último passo deve incluir, necessariamente, o estudo sobre qual é o modo dominante de formação e a análise de como este impõe aos outros suas próprias leis de desenvolvimento.

O estudo apresentado neste livro permanece no nível da descrição de um só modo de formação e da análise das leis que o regem. É necessário que no futuro sejam revisados criticamente os conceitos aqui utilizados, bem como sejam descritos os modos predominantes na produção de outras categorias de pessoal de saúde, e se apliquem estes conceitos na análise de situações concretas de formação de pessoal de saúde.

O tipo de estudo proposto só é possível se considerarmos que a formação do pessoal de saúde, em geral, e a dos médicos, em particular, tem um certo grau de

autonomia. Em vários dos capítulos anteriores foram analisados alguns aspectos dessa autonomia, porém não se aprofundaram suficientemente a análise do papel da educação de pessoal no campo médico e a relação deste com a estrutura econômica. Portanto, é apropriado situar, neste capítulo final, a medicina e a educação médica no marco da totalidade social.

A MEDICINA E A ESTRUTURA SOCIAL

A prática médica e os conceitos básicos que esta utiliza têm sido definidos de forma diferente através da história e em um mesmo período histórico. Isso não quer dizer que muitos dos autores que lidaram com tais assuntos não tentaram caracterizar a medicina em seus aspectos universais e descobrir as leis que supostamente regiam esse campo. Este enfoque, em sua busca de leis imutáveis, tem levado a confundir e negar as diferenças históricas. Dado que a prática médica e o instrumental conceitual com que trabalha têm variado historicamente, cabe se perguntar que determinantes produziram essa variação. A resposta a essa pergunta proporcionará a identificação dos elementos comuns às distintas formas com que a medicina tem se apresentado.

Partimos da afirmação, consequente com o ponto de vista estruturalista adotado, de que a prática médica está ligada à transformação histórica do processo de produção econômica. Em outras palavras, a estrutura econômica determina o lugar e a forma de articulação da medicina na estrutura social. A concepção da medicina estará dada, por conseguinte, pelas relações que esta estabelece com as diferentes "instâncias" que integram a estrutura. Essas afirmações nos afastam do enfoque funcionalista, que vê na enfermidade um elemento disfuncional do sistema social e considera que existe um interesse funcional da sociedade em seu controle. Quer dizer, coloca a prática médica como um componente "necessário" de uma sociedade abstrata.[1]

A estrutura econômica não só determina o lugar da prática médica na estrutura social, mas também o alcance e a importância de todos os elementos que compõem o todo social. Essa determinação não corresponde a uma causalidade simples, e sim a uma de tipo estrutural: a determinação em última instância.[2] A determinação em última instância do econômico sobre outros elementos consiste em abrir um espaço fora do alcance de sua própria ação, quer dizer, permite uma autonomia relativa, em que entram em jogo outras causas e efeitos. A medicina se articula, então, de forma diferente na estrutura social, segundo o modo de produção econômica.

No *modo de produção escravista*, a medicina se inscreve no tempo do ócio, no qual, dentro dos limites fixados pela estrutura econômica, define suas próprias perguntas. Na sociedade escravista as relações de produção têm como base a propriedade do senhor, qual seja, os meios de produção e os trabalhadores, isto é, os escravos. Nela se desenvolve a divisão social do trabalho em manual e intelectual; a atividade manual fica a cargo dos escravos e dos cidadãos mais pobres, e a política e a atividade "espiritual" são patrimônio dos grupos dominantes. O tempo livre das camadas mais altas se constitui no espaço social em que se desenvolve "a cultura" e o esporte. A medicina, nos aspectos tanto teóricos como práticos, floresce nessa região social. O equilíbrio, a beleza, a força e a proporção correta eram, para os hipocráticos, sinais de saúde. "A enfermidade é, portanto, um grande mal. Impede que o homem alcance seu pleno desenvolvimento [...] O enfermo, o inválido, o débil são homens indignos que só podem ser considerados como tais tendo em vista a sociedade".[3]

A prática médica, ao centrar-se neste tempo livre, dá lugar a um desenvolvimento parcializado do conhecimento. Assim, como indica Sigerist, a cirurgia hipocrática era fundamentalmente corretiva e "refletia a experiência que o cirurgião tinha no ginásio, onde luxações, fraturas e outras lesões devem ter sido muito frequentes".[4]

A prática médica teria se caracterizado durante a época de Platão, segundo José S. Lasso de la Vega,

> por um tratamento de 'veterinário', semelhante ao que se fazia em países bárbaros, a cargo de simples praticantes, quando se tratava as enfermidades dos escravos; para as enfermidades agudas dos homens livres, ricos ou pobres, entretanto, o tratamento era expeditivo ou resolutivo; e nas enfermidades crônicas dos homens livres e ricos, entre pessoas ociosas e opulentas, que podiam se permitir o luxo desse ócio (*skholé*), por uma terapêutica pedagógica e biográfica, a cargo de médicos remunerados.[5]

No *modo de produção feudal* a medicina se enlaça com a instância religiosa. Na sociedade feudal as relações de produção tinham por base a propriedade privada da terra pelo senhor feudal e a propriedade parcial desta pelo camponês. Este não era escravo e possuía terra própria, porém devia trabalhar gratuitamente para o senhor feudal. Ao não haver correspondência entre as relações de propriedade jurídica e a posse efetiva da terra, o direito do senhor feudal de dispor dos produtos do trabalho do servo só poderia ser alcançado mediante a intervenção de fatores extraeconômicos. Desse modo, as instâncias políticas e religiosas se

tornam dominantes na estrutura social para garantir a continuidade da exploração do trabalho dos servos. A medicina não escapa a essa combinação peculiar característica do modo de produção feudal. A enfermidade era considerada como um castigo divino e a cura uma "graça" de Deus, e, por conseguinte, "cuidar" dos enfermos constituía uma obrigação cristã. Porém, esse cuidado não era atenção médica, já que a enfermidade deveria ser sofrida e as ações para deter o processo eram consideradas como ciência pagã. A legislação medieval enfatiza esta concepção que dá prioridade à alma sobre o corpo quando diz que:

> Pensar que o homem é principalmente da alma, do que do corpo; porque é mais nobre e mais preciosa. E, portanto, é para o bem da Santa Igreja que, quando algum cristão adoece, de tal forma que ele exige um físico [médico] para tratá-lo, a primeira coisa que deve ser feita desde que ele venha é esta, que ele deve ser avisado, que pense em sua alma, confessando seus pecados. [6,7] (tradução nossa)
>
> Já no final da Idade Média existiam três tipos de assistência médica: para poderosos, para artesãos e burgueses e para pobres. Os médicos graduados nas mais importantes universidades atendiam a reis, príncipes e nobres. Seus honorários eram elevados, suas honras ostentosas e suas obrigações tão importantes como delicadas. Para os médicos e cirurgiões com boa formação técnica, a clientela burguesa era cada vez mais numerosa. A visita era também domiciliar, o profissional muito cuidadoso de sua aparência e vestuário e os honorários muito elevados. Assim, uma adequada remuneração permitiu o nascimento de 'médico de cabeceira' e da medicina liberal. Por último, restava a assistência aos pobres, em mãos de curandeiros e barbeiros, e no máximo, quando as cidades os amparavam, podiam refugiar-se e morrer nos hospitais e hospícios mantidos pela caridade municipal.[8]

No *modo de produção predominante na maioria dos países da América Latina* a medicina deslocou-se do espaço religioso e político, em que se encontrava nos modos de produção descritos anteriormente, para se articular com o processo de produção econômica.

Neste modo de produção, o trabalhador perde o controle e a propriedade dos meios de trabalho e, como consequência, tem que vender sua força de trabalho para sobreviver. A dimensão econômica joga, então, o papel dominante na estrutura social, dado que já não são necessários fatores extraeconômicos para que o trabalhador tenha que trabalhar.

A medicina se define, nesse modo de produção, como a atividade cujo objeto primordial é a conservação e adaptação da força de trabalho. Jean-Claude Polack expressa essa ideia da seguinte forma:

> [...] a atenção [médica] não é um produto, um objeto separável de seu agente, uma mercadoria suscetível de circular como um autêntico valor de troca. Esse produto não desaparece ao ser consumido. Quando se dirige à força de trabalho, o ato terapêutico eleva o nível dessa força de trabalho e/ou contribui para sua manutenção e reprodução. Assim, ao contribuir para elevar o nível de produtividade, a atenção é indiretamente produtiva.
>
> Esta nosologia ambígua não permite confundir a saúde com um setor terciário qualquer, um processo de comercialização, de publicidade, um serviço. A medicina não tende essencialmente ao domínio dos quadros administrativos da economia, e sim à definição permanente de um nível de produtividade. As forças produtivas são seu objeto escolhido. É relativamente direta, imediata, pela mesma influência da atividade de saúde sobre a marcha da economia. O sistema de atenção tem sob seu controle a parte humana da atividade de produção, o trabalho.[9]

Essa articulação da medicina com a região econômica traz consigo também a abertura de um espaço, livre da determinação da estrutura econômica, em que interatuam outros fatores. Segundo Steudler,

> A evolução do sistema de saúde parece estar regida, por um lado, pelas exigências próprias da estrutura econômica (o progresso social está vinculado à política de saúde, a seguridade social é um elemento de equilíbrio econômico, a estrutura e a orientação do consumo estão vinculadas aos mecanismos de redistribuição da renda nacional, e o equilíbrio político está garantido pela supressão dos perigos que as enfermidades representam para aqueles cuja renda é escassa); e, por outro, pela relação de forças que se estabelece entre os distintos grupos sociais (partidos políticos, sindicatos, grupos de pressão) e o Estado para obter melhorias em matérias de saúde. (Assim, pois, pode-se considerar que a criação da seguridade social é o resultado das exigências do sistema econômico e o resultado de uma luta política).[10]

Esta múltipla determinação da atenção médica é evidente quando se analisa a prioridade que tem sido dada a certos grupos populacionais com relação a serviços médicos, os quais, segundo Milton Roemer,[11]

> incluem na América Latina e em outras partes do mundo: a) pessoas a serviço do Estado – sejam militares ou civis –, das quais depende toda a maquinaria governamental; 2) trabalhadores industriais, de cuja produtividade depende em grande parte todo o desenvolvimento econômico de um país; 3) funcionários de escritório, de cuja atuação depende a marcha normal da totalidade da sociedade; e 4) as crianças, em especial as de família urbana, pois delas depende o futuro.

Essas prioridades, sobre as quais há notável coincidência, não só obedecem a razões estritamente econômicas, senão também são resultado da luta entre grupos com interesses divergentes.

A medicina não só se apresenta, então, como reguladora da produtividade da força de trabalho, senão que também joga um papel importante na diminuição das tensões produzidas pela desigualdade social. Esta última função se baseia na concepção dos grupos dominantes de que as classes sociais são o resultado das diferenças na distribuição do produto social, e não da existência de proprietários e não proprietários dos meios de produção.

A linguagem médica também se transforma e surge uma nova ideia: a do preço da vida e o custo que implica sua proteção. O cálculo econômico entra então como base para uma decisão "racional" na distribuição dos serviços de saúde, reforçando a desigualdade social ao considerar que o preço da vida humana varia segundo a contribuição do indivíduo à sociedade.

> A norma de trabalho [segundo Polack] impregna o juízo dos médicos clínicos como ponto de partida mais preciso que um valor biológico ou fisiológico mensurável. Uma equação relativamente frequente relaciona 'o estado da enfermidade' com a paralisação do trabalho; pode ser interpretada em dois sentidos, em um caso com seu valor de diagnóstico (aquele que deixa de trabalhar deve estar enfermo) e em outro com uma ressonância prescritiva (aquele que 'cai' enfermo deve deixar de trabalhar).[12]

A análise anterior, ainda que esquemática, leva-nos a concluir que a medicina se articula de forma diferente, dependendo do modo de produção econômica, e que essa dependência não é absoluta, porque permite que ela se desenvolva, ainda que nos limites fixados pela estrutura econômica. Na Antiguidade, por exemplo, a cirurgia alcançou um grande desenvolvimento em suas observações e na técnica, ainda que a experiência dos praticantes estivesse limitada fundamentalmente ao tratamento das lesões ocorridas nos ginásios, no curso dos exercícios e atividades físicas. Outro exemplo constitui o grupo das enfermidades ocupa-

cionais, cujo estudo e tratamento ocupam lugar destacado na medicina somente a partir do surgimento do capitalismo, apesar de que em outros modos de produção eram causas importantes de mortalidade.[13]

A FORMAÇÃO DE PESSOAL E O CAMPO MÉDICO

A trama de relações sociais no campo médico se faz mais densa à medida que sua autonomia aumenta, aparecendo então instâncias diferenciadas: a formação de pessoal, a produção de conhecimentos e a prática médica. Cada uma dessas dimensões adquire certa autonomia, ainda que com frequência a prática médica mantenha um papel dominante sobre as outras.

A diferenciação anotada implica uma certa divisão de funções. Assim, as instituições encarregadas da formação se constituem em centros de seleção e legitimação, e as encarregadas da produção de conhecimentos, em centros de desenvolvimento do processo de atenção médica.

Os tipos e as formas adquiridas pela formação de pessoal de saúde refletem a estrutura da prática médica. A escola de medicina, por exemplo, exerce autoridade, direta ou indiretamente, sobre as escolas que preparam o resto dos profissionais de saúde. O termo "faculdade de medicina" designa, em muitos países, uma organização na qual se reúnem várias escolas sob a autoridade do decano ou diretor da escola de medicina. O domínio direto do grupo médico na formação também pode ser constatado em muitas escolas de enfermagem e de formação técnica, onde os diretores são médicos.

A hierarquia institucionalizada na prática médica não se reflete somente na organização da educação dos profissionais de saúde, senão também no conteúdo do ensino, no grau de separação que existe entre o ensino e a atividade prática e na seleção dos estudantes.

Se bem seja certo que a prática médica impõe suas próprias leis de funcionamento à formação de pessoal, isso ocorre até certo ponto. A educação médica tem uma certa autonomia que chega a chocar com os requerimentos provenientes da prática médica. O modo dominante de produção de serviços em uma economia de mercado necessita de médicos especializados. Porém, as escolas de medicina seguem mantendo como objetivo a formação de um médico generalista. De fato, sucede que os professores são especialistas e que seu ensino entra em conflito com as metas traçadas. Por outro lado, os estudantes, pressionados pelo mercado de trabalho, inclinam-se prematuramente para uma especialidade, sendo que as de maior prestígio na prática médica atraem o maior número de candidatos e os

mais preparados. Essa situação se complica quando os seguros sociais tratam de expandir a cobertura para os grupos menos privilegiados, surgindo, dessa forma, uma demanda por uma maior quantidade de médicos generalistas.

A escola de medicina se converte, assim, no centro dos conflitos que ocorrem na prática médica. A importância desse conflito reside no papel legitimador que tem essa instituição. As inovações na prática médica devem ser aprovadas pelas escolas de medicina para serem consideradas como legítimas. Esse papel de árbitro é exercido de diferentes formas, sendo a mais conhecida a incorporação de inovações ao ensino.

A história do surgimento das especialidades exemplifica esse processo de legitimação. As especialidades nascem na prática, em que a criação de instrumentos de diagnóstico e tratamento joga um papel importante. Porém, as especialidades não conseguem sua legitimação até serem incorporadas ao ensino.

À medida que se criam centros independentes de investigação e que a rigidez das escolas universitárias retarda a adoção das mudanças que ocorrem na prática médica, põe-se em dúvida o papel legitimador das instituições educacionais.

CONCLUSÕES

As relações da medicina com a estrutura social são inegáveis e, contudo, têm sido obscurecidas pelo tipo de análise prevalente nesse campo. A prática médica, a formação de pessoal de saúde e a produção, seleção e distribuição de conhecimentos estão ligadas à transformação histórica do processo de produção econômica. Essa relação não implica uma determinação causal simples, pois cada uma dessas instâncias conserva uma certa autonomia. A autonomia relativa do campo médico e das instâncias que o integram possibilita o emprego do método estrutural em sua análise. Abre-se desse modo um terreno fértil para reflexão e estudo.

NOTAS

1 É interessante notar a este respeito – como indica Sigerist – que em algumas culturas, como a kubu de Sumatra, não se encontra uma prática médica. É provável que essa prática surja quando a produção de bens materiais adquire um certo desenvolvimento.

2 Os conceitos utilizados nesta análise foram tomados das obras de Louis Althusser, Étienne Balibar, Maurice Godelier e Pierre Bourdieu.

3 HENRY, E. *Sigerist on the History of Medicine M. D.* New York: Publications, Inc., 1960. (Felix, Martí-Ibañez, editor).

4 HENRY, E. *Sigerist on the History of Medicine M. D.* New York: Publications, Inc., 1960. (Felix, Martí-Ibañez, editor).

5 LASSO DE LA VEGA, J. S. Os grandes filósofos gregos e a medicina. *In*: ENTRALGO, P. L. (dir.). *Na História Universal da Medicina*. Barcelona: Salvat Editores, S.A., Barcelona, 1972. Tomo 2.

6 "No homem, pense primeiro na alma do que no corpo, porque ela é mais nobre e mais preciosa. E, portanto, é por bem que a Santa Igreja recomenda que, quando algum cristão adoece, de modo que exige um físico [médico], a primeira coisa que ele deve fazer para que o doente melhore é aconselhá-lo, para que ele pense em sua alma, confessando seus pecados" (N. T.).

7 RUIZ MORENO, A. *La medicina en la Legislación Medieval Española*. Buenos Aires: [*s. n*.], 1946. Texto original: "Pensar deue el ome primeiramente del alma, que del cuerpo; porque es mas noble e mais preciada. E por ende touo por bien santa Eglesis, que cuando algun Christiano enfermase, en manera que demande físico [médico] que lo melezine, que la primera cosa que le deue fazer desque a el viniere, es esta, Que le deve aconsejar, que piense de su alma, confessando-se sus pecados [...]".

8 GRACIA GUILLÉN, D.; PESET, J. L. La medicina en la Baja Edad Media Latina. *In*: ENTRALGO, P. L. (dir.). *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Salvat Editores, S.A., 1972. Tomo 3.

9 POLACK, J.-C. *La Médecine du Capital*. Paris: François Maspero, 1971.

10 STEUDLER, F. *Sociologie médicale*. Paris: Librairie Armand Colin, 1972.

11 ROEMER, M. I. *La Atención Médica en América Latina*. Washington, D.C.: Unión Panamericana, 1964. (Estudios y Monografías, v. 15.).

12 POLACK, J.-C. *La Médecine du Capital*. Paris: François Maspero, 1971.

13 Lastres expressa que: "O funcionamento delas, em péssimas condições higiênicas, produziu forte despovoamento e foi uma das causas do declínio do vice-reinado indígena". No entanto, a atenção médica aos indígenas era quase inexistente e raras as descrições de doenças causadas pelo trabalho nelas. (LASTRES, J. B. *La Medicina en el Virreinato*. Lima: Imprensa Santa María, 1951. (Historia de la Medicina Peruana, Tomo 2.))

APÊNDICES

APÊNDICE A

ESCOLAS DE MEDICINA INCLUÍDAS NO ESTUDO

*Escolas com curso completo

ARGENTINA

*Faculdade de Medicina da Universidade Nacional de Buenos Aires
*Faculdade de Medicina da Universidade do Salvador
*Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de Córdoba
*Faculdade de Medicina da Universidade Católica de Córdoba
*Faculdade de Medicina da Universidade Nacional do Nordeste
*Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de La Plata
*Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de Cuyo
*Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de Rosario
*Faculdade de Medicina da Universidade Nacional de Tucumán

BOLÍVIA

*Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Maior de San Simón
*Faculdade de Medicina e Cirurgia da Universidade Maior de San Andrés
*Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Maior Real e Pontifícia de San Francisco Xavier

BRASIL

Faculdade de Medicina da Fundação Universidade do Amazonas
*Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará

[*]Faculdade de Medicina da Fundação Universidade do Maranhão
Faculdade de Medicina do Piauí da Fundação do Ensino Superior do Piauí
[*]Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará
[*]Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte
[*]Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Paraíba
[*]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco
[*]Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco
[*]Faculdade de Medicina de Alagoas
[*]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Sergipe
[*]Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia
[*]Escola de Medicina e Saúde Pública da Universidade Católica do Salvador
[*]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
[*]Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais
[*]Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora
[*]Faculdade Federal de Medicina do Triângulo Mineiro
Faculdade de Medicina de Itajubá da Fundação Univ. Reg. de Itajubá
Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia
Escola de Medicina de Santa Casa de Misericórdia de Vitória
[*]Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo
[*]Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense
Faculdade de Medicina de Petrópolis
Faculdade de Medicina de Campos da Fundação Benedito Pereira Nunes
Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda da Fundação Oswaldo Aranha
Faculdade de Medicina de Valença da Fundação Educacional André Arcoverde
[*]Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro
[*]Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro
[*]Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado da Guanabara
Escola Médica do Rio de Janeiro da Sociedade Universitária Gama Filho
[*]Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
[*]Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
[*]Faculdade de Medicina de Sorocaba da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu
Faculdade de Ciências Médicas de Santos da Fundação Lusíada
Faculdade de Medicina de Marília da Fundação Municipal de Ensino Superior de Marília

Faculdade de Medicina de Taubaté
Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto
Faculdade de Medicina de Mogi das Cruzes da Organização Mogiana de Ensino e Cultura
*Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná
*Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Católica do Paraná
Faculdade de Medicina do Norte do Paraná da Fundação do Ensino Superior de Londrina
*Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina
*Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
*Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre
Faculdade de Medicina de Pelotas
Faculdade de Medicina da Universidade Católica de Pelotas
*Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria
Faculdade de Medicina de Rio Grande da Fundação Cidade do Rio Grande
Faculdade de Medicina da Universidade de Caxias do Sul
*Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás
Faculdade de Ciências Médicas da Fundação Universidade de Brasília
Faculdade de Medicina do Instituto de Ciências Biológicas de Campo Grande

CHILE

*Escola de Medicina da Universidade de Concepción
*Faculdade de Medicina e Ciências Biológicas da Universidade Católica do Chile
*Faculdade de Medicina (Santiago) da Universidade do Chile
Faculdade de Medicina (Valparaíso) da Universidade do Chile
Faculdade de Medicina da Universidade Austral do Chile

COLÔMBIA

*Faculdade de Medicina da Universidade Nacional da Colômbia
*Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Javeriana
*Faculdade de Medicina da Universidade do Valle
*Divisão de Ciências da Saúde da Universidade de Cartagena
*Faculdade de Medicina da Universidade de Caldas

*Faculdade de Medicina da Universidade de Antioquia
*Divisão de Ciências da Saúde da Universidade de Cauca
Faculdade de Medicina do Colégio Maior de Nossa Senhora do Rosário
Divisão de Ciências da Saúde da Universidade Industrial de Santander

COSTA RICA

*Escola de Medicina da Universidade da Costa Rica

CUBA

*Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Havana
*Faculdade de Medicina da Universidade do Oriente
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Las Villas

ECUADOR

*Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Central do Equador
*Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Cuenca
*Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Guayaquil
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Católica de Guayaquil

EL SALVADOR

*Faculdade de Medicina da Universidade de El Salvador

GUATEMALA

*Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de San Carlos da Guatemala

HAITI

*Faculdade de Medicina e de Farmácia da Universidade do Haiti

HONDURAS

*Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional Autônoma de Honduras

JAMAICA

*Faculdade de Medicina da Universidade das Índias Ocidentais

MÉXICO

*Escola de Medicina da Universidade de Chihuahua
*Escola de Medicina da Universidade de Coahuila
*Escola de Medicina da Universidade Juárez do Estado de Durango
*Escola de Medicina de León da Universidade de Guanajuato
Escola de Medicina da Universidade Autônoma de Hidalgo
*Faculdade de Medicina da Universidade Autônoma de Guadalajara
*Faculdade de Medicina da Universidade de Guadalajara
*Faculdade de Medicina da Universidade Nacional Autônoma do México
*Escola Superior de Medicina do Instituto Politécnico Nacional
*Escola Homeopática do Instituto Politécnico Nacional
*Escola Médico Militar
*Escola Livre de Homeopatia do México
*Faculdade de Medicina da Universidade Autônoma do Estado do México
*Faculdade de Medicina da Universidade Michoacana de San Nicolás de Hidalgo
*Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade "Benito Juárez" de Oaxaca
*Faculdade de Medicina da Universidade Autônoma de Puebla
*Escola de Medicina de Tabasco da Universidade Juárez
*Faculdade de Medicina da Universidade Autônoma de Tamaulipas
*Faculdade de Medicina "Miguel Alemán" da Universidade Veracruzana
*Escola de Medicina da Universidade Autônoma de San Luis Potosí
*Faculdade de Medicina da Universidade do Sudeste
*Faculdade de Medicina da Universidade de Novo León

NICARÁGUA

*Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional Autônoma da Nicarágua

PANAMÁ

*Faculdade de Medicina da Universidade do Panamá

PARAGUAI

*Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nacional de Assunção

PERU

*Faculdade de Medicina (na atualidade Programa Acadêmico de Medicina) da Universidade Nacional de San Agustín
*Faculdade de Medicina de San Fernando (Programa Acadêmico de Medicina) da Universidade Nacional Maior de San Marcos
*Faculdade de Medicina (Programa Acadêmico de Medicina) da Universidade Peruana "Cayetano Heredia"
*Faculdade de Medicina (Programa Acadêmico de Medicina) da Universidade Nacional de Trujillo
Faculdade de Medicina (Programa Acadêmico de Medicina) da Universidade Nacional "San Luis Gonzaga de Ica"
Faculdade de Medicina (Programa Acadêmico de Medicina) da Universidade Nacional "Federico Villarreal"
Faculdade de Medicina da Universidade Nacional Técnica de Cajamarca (fechada pelo Conselho Nacional da Universidade Peruana)

REPÚBLICA DOMINICANA

*Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Autônoma de Santo Domingo
Escola de Medicina da Universidade Nacional Pedro Henríquez Ureña

SURINAME

Escola Médica da Universidade do Suriname

URUGUAI

*Faculdade de Medicina da Universidade da República

VENEZUELA

*Faculdade de Medicina da Universidade Central da Venezuela
*Escola de Medicina "José Vargas" da Universidade Central da Venezuela
*Escola de Medicina da Universidade do Oriente
*Faculdade de Medicina da Universidade de Zulia
*Faculdade de Medicina da Universidade dos Andes
*Faculdade de Medicina da Universidade de Carabobo
Escola de Medicina da Universidade da Região Centro-Ocidental

APÊNDICE B

ESCOLAS DE MEDICINA CUJOS ESTUDANTES FORAM ENTREVISTADOS

Foram entrevistados os estudantes matriculados em seis escolas de medicina. Embora o nível de rejeição do questionário total tenha sido baixo, a proporção de respostas para cada questão varia.

Os estudantes foram entrevistados nas seguintes escolas:

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE NACIONAL DO NORDESTE (CORRIENTES, ARGENTINA)

No ano da pesquisa (1968) o curso médico tinha uma duração de seis anos e um ano de internato. Existia um curso pré-médico optativo de três meses de duração e um exame de admissão para os candidatos ao primeiro ano do curso. Não se exigia serviço social nem apresentação de tese para a graduação. O número total de alunos, incluídos os do internato, era de 558 e a distribuição por ano a seguinte:

Primeiro ano	Segundo ano	Terceiro ano	Quarto ano	Quinto ano	Sexto ano	Sétimo ano
168	99	102	86	45	33	25

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE MAIOR REAL E PONTIFÍCIA DE SAN FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA (SUCRE, BOLÍVIA)

Em 1967 o curso tinha uma duração de seis anos e um ano de internato. O estudante deveria ser aprovado em um ano de curso pré-médico antes de ingressar

no curso médico. Deveria apresentar tese para a graduação. O número total de alunos, incluídos os do internato, era de 338 e a distribuição por ano a seguinte:

Primeiro ano	Segundo ano	Terceiro ano	Quarto ano	Quinto ano	Sexto ano	Sétimo ano
75	51	35	30	63	43	41

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE EL SALVADOR (SÃO SALVADOR, EL SALVADOR)

No momento da pesquisa (1967) a escola estava em um período de transição em seu plano de estudos. Os dois primeiros anos do curso médico correspondiam ao novo plano, enquanto o quarto, quinto, o internato e o serviço social correspondiam ao plano antigo.

O terceiro ano não tinha alunos devido às mudanças ocorridas no plano de estudos.

O plano anterior tinha uma duração de cinco anos, um ano de internato e um ano de serviço social. Os alunos deveriam ser aprovados em um curso pré-médico de um ano de duração. O novo plano tinha duração de quatro anos, um ano de internato e um ano de serviço social. Os estudantes deveriam ser aprovados em cursos em áreas comuns da universidade de dois anos de duração. O número total de alunos, incluídos os do internato e do serviço social, era de 323, distribuídos da seguinte forma:

Primeiro ano	Segundo ano	Terceiro ano	Quarto ano	Quinto ano	Sexto ano	Sétimo ano
96	72	—	52	49	30	24

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE NOVO LEÓN (MONTERREY, MÉXICO)

Em 1968 o curso médico tinha uma duração de cinco anos e um ano de prática (internato). Em todo o México existia a obrigação de que os estudantes de medicina cumprissem com um período de serviço social. Para ingressar no curso os candidatos deveriam concluir seu bacharelado em ciências biológicas, possuir alto coeficiente de rendimento no bacharelado e ser aprovados em um exame de admissão.

O número total de alunos era de 760 (incluídos os do internato) e sua distribuição pelos anos era a seguinte:

Primeiro ano	Segundo ano	Terceiro ano	Quarto ano	Quinto ano	Sexto ano (prática)
189	123	128	126	97	97

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE NACIONAL AUTÔNOMA DA NICARÁGUA (LEÓN, NICARÁGUA)

O curso tinha uma duração de cinco anos e um ano de internato. Para ingressar na escola de medicina, os estudantes deveriam cursar um ano de estudos gerais e um exame de ingresso.

O número total de estudantes, sem considerar os internos, era de 217. Os internos não puderam ser entrevistados por razões de trabalho. A distribuição dos alunos por ano era a seguinte:

Primeiro ano	Segundo ano	Terceiro ano	Quarto ano	Quinto ano
52	41	45	44	35

ESCOLA DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO ORIENTE (CIDADE BOLÍVAR, VENEZUELA)

O curso médico tinha uma duração de quatro anos e um ano de internato. Ademais, os alunos deveriam cursar previamente um ano de estudos gerais.

O número total de alunos, incluídos os do internato, era de 202. A distribuição por ano era a seguinte:

Primeiro ano	Segundo ano	Terceiro ano	Quarto ano	Quinto ano (internato)
72	58	31	20	21

NOTA BIOGRÁFICA

JUAN CÉSAR GARCÍA E O MOVIMENTO LATINO-AMERICANO DA MEDICINA SOCIAL
notas sobre uma trajetória de vida[1]

DIEGO GALEANO*
LUCÍA TROTTA**
HUGO SPINELLI***

TRADUÇÃO: ANA MARÍA RICO

INTRODUÇÃO

Juan César García (1932-1984) é conhecido em grande parte da América Latina como um dos articuladores da "medicina social", corrente de pensamento que na segunda metade do século XX começou a renovar a forma de estudar os Processos de Saúde-Enfermidade-Atenção (PSEA). Na verdade, tratou-se de mais do que de uma corrente de pensamento, já que contém muitos elementos de um verdadeiro movimento político. O conceito de "medicina social" conseguiu atingir um determinado consenso, apesar de conviver com as ideias de "saúde pública", "sanitarismo", "medicina preventiva" e "medicina comunitária". Cada uma dessas noções tem uma genealogia específica e relativamente autônoma. O paradigma da saúde pública surge nos Estados modernos europeus, funda-

* Docente pesquisador, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Nacional de Lanús (UNLa), Argentina. *E-mail*: dgaleano.ufrj@gmail.com.

** Docente pesquisadora, Instituto de Saúde Coletiva, UNLa, Argentina. *E-mail*: luciatrotta.2@gmail.com.

*** Diretor, Instituto de Saúde Coletiva, UNLa, Argentina. *E-mail*: hugospinelli09@gmail.com.

mentalmente na França e na Alemanha durante o século XVIII, através de processos históricos que – como inúmeros autores têm estudado –[2,3] têm muito a ver com projetos de reforma moral das sociedades e dos códigos higienistas para o controle das populações.

Porém, os pensadores latino-americanos que se identificaram com o movimento da medicina social reconheceram essa linhagem tardiamente, enquanto nas décadas de 1960 e 1970 tendiam a identificar a "medicina social" como uma corrente contra-hegemônica, oposta à medicina de mercado individualista, liberal e capitalista. No último texto que escreveu antes de morrer, uma espécie de autoentrevista[4] que ele conseguiu esboçar (embora não conseguisse finalizar) quando estava muito doente, García reconheceu essa história de longa duração. "Qual a história e o significado do termo *medicina social*?", ele questiona e responde:

> Mil e oitocentos e quarenta e oito (1848) é o ano de nascimento do conceito de medicina social. É também o ano dos grandes movimentos revolucionários na Europa. Da mesma forma que as revoluções, o conceito de medicina social surge quase simultaneamente em vários países europeus. [...] O conceito, apesar de ser utilizado de forma ambígua, tentava indicar que a doença estava relacionada com 'os problemas sociais' e que o Estado deveria intervir ativamente na solução dos problemas de saúde. O termo medicina social entrelaçava-se com as novas concepções quantitativas sobre a saúde e a doença, abandonando a visão da diferença qualitativa entre esses estados. Assim, a medicina social aparece como uma concepção 'moderna', adequada às novas formas produtivas que se estavam desenvolvendo na Europa.[5]

O higienismo latino-americano, desenvolvido como racionalidade política desde meados do século XIX, envolvia uma institucionalização da medicina social e dos seus mais ambiciosos projetos de intervenção, muitas vezes limitados pelas resistências oriundas do predomínio do liberalismo. Pelo contrário, no século seguinte, no período pós-guerra, o paradigma da medicina preventiva promovido a partir dos Estados Unidos da América (EUA) veio oferecer um novo esquema de atenção à saúde que articulava a prática privada com a saúde pública através de dispositivos específicos, como a medicina comunitária ou a medicina familiar.[6]

O movimento latino-americano da medicina social surgiu a partir de um olhar crítico a respeito desses saberes herdados, marcando a necessidade de prestar atenção aos "determinantes sociais" dos PSEA, bem como às desigualdades na distribuição dos serviços de atenção médica. Essa renovação esteve

estreitamente ligada a um crescente diálogo da medicina com as ciências sociais, especialmente com a sociologia e a história. Esse percurso das ciências médicas para as sociais foi justamente a trajetória intelectual de Juan César García, que se formou em medicina na Universidade Nacional de La Plata (UNLP) – na Província de Buenos Aires, Argentina – para depois optar pela continuação da sua formação acadêmica na Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (Flacso), sediada em Santiago, Chile.

Tanto a escolha pela sociologia quanto a possibilidade de obter uma bolsa de estudos de pós-graduação no exterior eram caminhos marcados por determinadas linhas de política universitária vinculadas ao desenvolvimentismo. Contudo, no caso de García, também incidiu uma trajetória individual atravessada por sua própria militância política e social. Essa é a parte menos conhecida da sua biografia, o que é possível relacionar com a escassa atenção que tem recebido em seu próprio país (Argentina),em comparação com a repercussão que teve e continua tendo em outros, como Brasil, Equador e México, bem como em grande parte da América Central e países do Caribe.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Para reconstruir a trajetória de vida pessoal e profissional de Juan César García recorremos a distintos tipos de fontes. Em primeiro lugar, realizamos uma revisão dos seus próprios escritos e da bibliografia existente sobre ele, assim como do movimento de medicina social e de saúde coletiva. Em segundo lugar, graças à generosidade da sua família, amigos e colegas, ao longo da pesquisa tivemos acesso a diferentes fontes documentais: fotografias e cartas da sua juventude; exemplares da produção jornalística da qual ele participou nos seus anos platenses; escritos, recortes jornalísticos e correspondência dos seus anos na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). Nessa busca documental também tivemos acesso ao material conservado no Arquivo da Diretoria de Inteligência da Polícia da Província de Buenos Aires (DIPBA) sob guarda da Comissão Provincial pela Memória, sobre a época da militância estudantil de García.

Realizamos também entrevistas com familiares, amigos, colegas universitários da sua etapa na UNLP, colegas de Flacso e das primeiras experiências de organização de redes latino-americanas de medicina social. O nexo com o movimento da saúde coletiva brasileiro tem sido fundamental, motivo pelo qual entrevistamos representantes dessa corrente, além de analisar o acervo de entrevistas do arquivo oral da Fundação Oswaldo Cruz e do projeto sobre

a trajetória de Sérgio Arouca, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Finalmente, entrevistamos colegas de outros países que tinham relação estreita com as linhas de pensamento de esquerda que se desenvolviam sub-repticiamente na Opas, especialmente o equatoriano Miguel Márquez.

Posteriormente, grande parte das entrevistas passou a formar parte do acervo documental do Centro de Documentação "Pensar em Saúde" (Cedops), do Instituto de Saúde Coletiva (ISCo) da Universidade Nacional de Lanús (UNLa), com o propósito de enriquecer a construção da memória oral da medicina social latino-americana e de disponibilizar ao público esses materiais produzidos durante o processo de pesquisa.

A tarefa de reconstrução de uma trajetória de vida encerra uma determinada tensão com o próprio legado de Juan César García e o do movimento da medicina social. Em qualquer reconstrução historiográfica da vida de um médico, aparece como pano de fundo o modelo da história tradicional da medicina, edificada a partir de uma coleção de biografias de médicos ilustres. Esse paradigma foi bastante criticado pela corrente denominada "nova história da medicina", que a partir de diferentes enfoques teóricos privilegiou o estudo dos sistemas de saúde, de grandes processos e estruturas. Por tanto, as histórias de vida foram deixadas de lado, dando lugar à análise das instituições de saúde, à crítica dos dispositivos de saber-poder etc. Até que ponto, então, um trabalho dessa natureza não implica um retorno à história tradicional da medicina, pelo fato de estar baseado na vida de um médico, que paradoxalmente se opôs aos enfoques tradicionais?

Essa questão nos leva a um debate absolutamente atual, já que alguns historiadores latino-americanos do PSEA discutem a necessidade e a relevância de um "retorno às histórias de vida", como um novo impulso de renovação de um campo de estudos que começa a se sentir saturado. Esse impulso já rendeu frutos, com o surgimento de algumas obras que alcançam uma síntese mais ou menos bem-sucedida entre todo o *corpus* crítico produzido pela nova história da medicina e a análise biográfica como ferramenta metodológica.[7]

Neste trabalho, deixamos de lado o conceito de "história de vida" e, em vez dele, utilizamos a noção de "trajetória", seguindo as sugestões de Pierre Bourdieu sobre os riscos da metodologia das histórias de vida, muito em voga nas ciências sociais.[8] O sociólogo francês fez uma crítica sugestiva ao que chamava de "ilusão biográfica", ou seja, a tendência a tratar a integridade de uma vida como uma história coerente. Em vez disso, Bourdieu se propõe a analisar a vida

em termos de uma trajetória, isto é, a forma como um ator se posiciona em um campo social, utilizando recursos e meios que são sempre limitados, negociando e disputando com outros o controle de capitais econômicos e simbólicos.

Essa trajetória, como qualquer outra, não é apenas um movimento no tempo, mas também uma série de deslocamentos no espaço. A chegada à cidade de La Plata em 1950 partindo de sua vila natal (Necochea) até a partida para Santiago do Chile, em meados da década seguinte, marca uma primeira rota. Sua faceta mais conhecida na América Latina desenha uma segunda rota que vai do Chile aos Estados Unidos, onde primeiramente ele se juntou a uma equipe de pesquisa na Universidade de Harvard e depois começou a trabalhar na Opas. E, a partir daí, García desencadeou um processo de criação de diferentes redes de medicina social latino-americanas, empreitada que ele realizou em grande parte no anonimato, porquanto o seu conteúdo político não era compatível com as linhas de trabalho hegemônicas existentes na Opas.

O artigo será estruturado, então, em duas partes. A primeira abrange a formação de García na UNLP e sua participação na política universitária; a especialização em pediatria na mesma casa de estudos; os primeiros trabalhos na Sociedade de Estudantes de Medicina; o papel que desempenhou na criação do Centro de Estudantes Necochenses e na organização de um grupo de médicos que percorreu a Província de Buenos Aires. Também se investigam sua experiência como médico que viajou a Santiago do Chile para estudar na Flacso, a conjuntura dessa decisão e suas implicações. Em suma, tenta-se identificar, em uma década e meia de formação acadêmica e política, muitos dos problemas que García tentou resolver com novas ferramentas intelectuais nos anos que se seguiram.

A segunda parte focará na experiência nas áreas de recursos humanos e de pesquisa da Opas, ou seja, as quase duas décadas de vida em Washington. Nessa etapa, a primeira pesquisa realizada por García com o patrocínio da Opas, desde que ingressou na organização, em 1967, até 1972, quando foi publicado o livro *La educación médica en la América Latina*,[9] divulgando os resultados, é fundamental. Essa pesquisa foi marcante porque lhe permitiu conhecer em profundidade o ensino da medicina social em diferentes países latino-americanos e começar a construir uma rede de contatos, acumulando um importante capital social e político que o ajudou a sustentar linhas de trabalho dentro da Opas, mesmo sob o olhar desconfiado de muitos dirigentes que não viam essas atividades com simpatia.

UNIVERSIDADE, MILITÂNCIA ESTUDANTIL E CIÊNCIAS SOCIAIS

Juan César García nasceu em 7 de junho de 1932 na vila argentina de Necochea, no litoral da Província de Buenos Aires, onde passou seus primeiros anos de vida e sua juventude. Lá em sua vila natal marítima, vários colegas entrevistados o recordam como um estudante inquieto e uma pessoa sensível que ouvia os outros.[10,11] García vinha de uma família de baixa renda; seu pai trabalhava no campo e sua mãe cuidava das tarefas do lar, então as possibilidades de promoção intergeracional se limitavam àquilo que suas credenciais educacionais pudessem lhe proporcionar.

No ensino médio ele viveu um tempo muito especial, no período em que a política começou a se instalar no âmbito educacional. O diretor do Colégio Nacional de Necochea, onde ele estudou, era uma liderança socialista da região e um promotor de métodos e ferramentas pedagógicas inovadoras.[a] Segundo os depoimentos de alguns entrevistados,[12,13] a influência política de seu tio Julio Laborde, irmão de sua mãe, também foi importante para García. Os Laborde vinham de uma família de imigrantes bascos que chegaram ao país no século XIX e se estabeleceram na região de Quequén como arrendatários de terras para o trabalho agrícola. Seu tio tornou-se líder do Partido Comunista de Mar del Plata e posteriormente foi secretário do Comitê Central do partido em Avellaneda e diretor do jornal *Nuestra Palabra* e da revista *Nueva Era*. Miguel Márquez, em sua entrevista, lembra conversas nas quais Juan César disse que foi esse tio quem lhe apresentou leituras relacionadas ao socialismo, como os livros de José Ingenieros.[14]

Uma vez finalizado o ensino médio, a família decidiu vender a casa de Necochea e se mudar para a cidade de La Plata para que Juan César pudesse continuar seus estudos e iniciasse uma carreira universitária. Lá ele se estabeleceu com sua mãe, sua irmã e seu irmão. A opção pela carreira médica se inscreveu – segundo um colega de Necochea – naquele clima da época em que a escolha por uma carreira universitária de tipo tradicional e profissional implicava uma aposta de ascensão social.[15]

A possibilidade de acesso ao ensino superior surgiu em um contexto histórico em que o diploma universitário era a chave de acesso ao mercado de trabalho e a melhores posições sociais, e a experiência no colégio nacional da cidade natal permitia que muitos dos alunos que, como García, vinham de lares humildes fossem instruídos e pensassem na possibilidade de continuar os estudos. O valor do diploma profissional marcava a passagem pelas instituições de ensino na

Argentina, em especial pelo campo universitário, que foi para as classes médias o canal de mobilidade social por excelência. Nesse tipo de sociedade, em que a estrutura produtiva (e educacional) se encontra pouco diversificada e os campos profissionais são escassamente especializados, a obtenção de um diploma universitário adquire importância capital para a composição das classes.[16,17]

Nos nove anos que morou em La Plata (1950-1959), García percorreu as salas de aula da universidade, mas também vários espaços coletivos nos quais teceu redes de sociabilidade que foram, sem dúvida, cenários centrais na sua trajetória e nos quais deixou sua marca. Em seus primeiros dias em La Plata, ele trabalhou como auxiliar médico na periferia da cidade, um emprego provido pela Sociedade de Estudantes de Medicina e que lhe ajudava a amenizar as dificuldades econômicas que a família enfrentava à época.

Por sua vez, García foi promotor do Centro de Estudantes Necochenses, que reunia os estudantes universitários dessa cidade que tinham decidido tentar os estudos na capital provincial. A vida universitária e as inquietações como estudantes vindos de uma cidade do interior reuniam jovens de carreiras diversas, mas também de tradições ideológicas diferentes, delimitando dois grupos bem diferenciados: ele, sua irmã e outros colegas, que eram de origem popular; e alguns estudantes da Faculdade de Engenharia – futuros engenheiros agrônomos – vinculados ao peronismo nacionalista, oriundos de um nível socioeconômico mais elevado.[18]

Uma vez formado, García voltou para as atividades que o levaram a escolher a medicina. A opção pela pediatria o levou a fazer a residência na sala 3 do Hospital Pediátrico de La Plata "Sor María Ludovica" e depois o conduziu a um centro de atenção primária em Berisso, cidade vizinha a La Plata, onde deu os primeiros passos na prática profissional e comunitária. Como resultado dessas experiências, e em contato estreito com as problemáticas sociais que pôde observar a partir delas, no final de 1958 decidiu, junto com outros colegas, percorrer a Província de Buenos Aires para fazer um levantamento das condições sanitárias das vilas e cidades do interior. Assim eles viajaram por Tandil, Balcarce e sua Necochea natal, entre outros lugares (Figura 1).

Outro momento relevante de sua trajetória inicial foi a aproximação da Escola de Jornalismo. Já avançado nos estudos na Faculdade de Ciências Médicas, García buscou outras inserções dentro da universidade que pudessem canalizar os interesses e inquietações que ultrapassavam o conhecimento médico. Como pudemos constatar pelo depoimento de uma colega da época, ele se matriculou formalmente na Escola de Jornalismo, embora não tenha finalizado o curso.[19] Porém,

no trânsito por esse âmbito de criação recente, García foi um dos promotores do estatuto de centro de estudantes, da biblioteca, e teve influência marcante nas propostas que levariam à passagem dessa escola para a órbita da UNLP. A inclinação empreendedora de García, bem como seu interesse pelos debates culturais, também se refletiu na criação de um jornal denominado *Edición* (Figura 2), produzido junto com outros colegas da Escola de Jornalismo, do qual foram publicados dois números em 1955. O jornal, longe de se limitar a uma área específica do campo cultural, continha artigos relacionados à ciência, à arte, diversos ensaios e entrevistas. Essa rede de vínculos também propiciava a troca de livros entre os estudantes: autores tão diversos como Borges, Sábato, Estrada, Macedonio Fernández, Sartre e os existencialistas franceses possibilitaram leituras que apaixonavam Juan César, leituras que ele recomendava a todos ao seu redor.

Figura 1. Juan C. García (à esquerda) e o grupo de médicos platenses percorrendo a Província de Buenos Aires (Tandil, 8 de dezembro de 1958)

Fonte: fotografia cedida pela família.

Figura 2. Primeira página do jornal *Edición*, 1955

En torno a Goethe y a Debussy

Edición

EDUARDO WILDE

Fonte: exemplar cedido por María Luisa Gainza.

Juan César García ingressou na UNLP em um momento particular da história da educação superior na Argentina. A reforma universitária de 1918 tinha se desdobrado em uma série de tensões que se manteriam ao longo do tempo e que tinham como eixo de disputa os "modelos de universidade": o principal dilema em jogo era entre uma instituição mais voltada para a produção científica *versus* outra que proporcionasse diplomas que habilitassem à prática profissional. A particularidade da configuração da universidade argentina posterior à reforma consistia no fato de que ela se destacava por combinar uma matriz altamente profissional, em relação ao peso relativo dos estudos das profissões liberais e, ao mesmo tempo, por conter elementos mais modernizadores e democráticos, como a participação de alunos na gestão universitária.[20,21] Sem dúvida, a reforma possibilitou pensar em uma universidade de portas abertas ao democratizar o acesso; mas também, ao deslocar as elites conservadoras do seu governo, abriu o caminho para um forte vínculo com as corporações profissionais.[22]

O período do primeiro peronismo (1946-1955), em que transcorreram os anos de estudante de García, foi um momento de mudança nas salas de aula, no qual se iniciou a politização do campo universitário. A política irrompeu no cenário

acadêmico com a intenção de se voltar aos tempos pré-reforma (suspensão da autonomia institucional, revogação do governo tripartite, ausência de liberdade acadêmica e da política de concursos), junto com intervenções, expurgos e uma crescente regulamentação da atividade política na universidade. Essa regulamentação foi se intensificando ao longo do tempo e, no início da década de 1950, os estudantes foram os mais fervorosos defensores da não interferência estatal, constituindo uma das principais frentes de resistência ao governo nacional. Nesse sentido, cabe esclarecer que não houve uma ruptura na dinâmica de oposição estudantil, mas sim um aprofundamento da defesa da autonomia universitária e dos princípios reformistas que vinham sendo praticados desde a década de 1930, bem como um amálgama de diferentes setores no seio das federações estudantis que, para além do reformismo, se uniram numa posição antiperonista.[23,24]

Por outro lado, esses anos foram marcados por um contexto global de tendência crescente de massificação da educação superior e de aumento da matrícula. Na Argentina, esse processo teve particularidades não só por ser um dos países com as taxas de escolaridade média mais elevadas de toda a América Latina (ou seja, por conter uma demanda potencial mais ampla para matrícula no nível superior), mas pelo fato de o governo peronista ter promovido políticas que propiciaram o acesso de estudantes dos setores populares à universidade. Apesar do real alcance dessas políticas ser tema de discussão, a implantação do sistema de bolsas, que funcionou nos últimos anos da década de 1940, a eliminação das taxas em 1950 e a eliminação do vestibular em 1953 merecem destaque. Paralelamente, fortaleceu-se um modelo voltado para a qualificação profissional, o que fica evidente na composição da matrícula: no início da década de 1950, os estudos médicos concentravam 30% da matrícula de alunos de nível universitário em todo o país.[25]

O processo de ampliação do acesso, tal como ocorreu na Faculdade de Ciências Médicas de La Plata, é um caso que testemunha as transformações a nível nacional e internacional. Diferentemente das demais faculdades do país, esta não tinha apenas vestibular, mas também uma política de cotas. A revogação dessas medidas, juntamente com a declaração de ensino universitário gratuito, resultou em um aumento substancial na matrícula: se em 1945 ingressaram na faculdade 128 alunos, esse número já tinha mais do que dobrado em 1952 (288 alunos), mas deu um salto exponencial em 1953, com 630 novos inscritos.[26]

García passou seus anos como estudante de medicina em La Plata imerso nesse contexto de abertura e politização. Mais ainda, ele viveu ativamente essas tensões do campo estudantil posicionado dentro das forças reformistas, pelas quais militou em oposição ao governo nacional. Isso custou-lhe, em duas ocasiões, que as forças de segurança invadissem sua casa para prendê-lo. Na pri-

meira vez ele ficou preso por alguns dias, enquanto na segunda vez a família evitou a prisão mostrando uma foto de Perón que por acaso estava na casa.[27]

O Centro de Estudantes de Medicina (CEM), no qual García militava, tinha forte presença nas federações estudantis que se opunham ao governo nacional. Essa tensão, que perpassou o espaço universitário durante os primeiros governos peronistas, atualizava-se dentro de cada unidade acadêmica de maneira singular. Um exemplo disso foi a implementação da Lei nº 13.031, de 1947, que estabeleceu a representação estudantil no conselho diretor por meio de um aluno escolhido pelas autoridades entre os discentes com as melhores notas, com direito a voz, mas não a voto.

Na instituição platense, os estudantes tentaram expressar perante o conselho as posições da assembleia estudantil – de cunho reformista. Diante disso, a Confederação Geral Universitária (CGU) buscou criar canais paralelos de diálogo com as autoridades. Essa organização, identificada com o peronismo, estabeleceu uma norma para que qualquer estudante pudesse fazer uma petição às autoridades, permitindo, desse modo, a expressão de suas demandas. Nos primeiros anos da década de 1950, os confrontos dos estudantes afins ao governo peronista com aqueles agrupados sob a ala reformista eram cada vez mais profundos. Todas as posições na faculdade tendiam à polarização, sendo as autoridades favoráveis ao governo nacional, enquanto as federações estudantis se localizavam no arco opositor.

O antiperonismo atravessava o clima do período no corpo discente desses anos. Os centros estudantis clamavam pelo restabelecimento dos valores democráticos e dos princípios reformistas, posicionando-se contra o que denominavam de "avanço totalitário", a "ditadura" que "tentava cercá-los lançando mão de bandidos e intervenções nas faculdades".[28,(b)] O confronto foi agravado através de algumas medidas tomadas pelas autoridades universitárias a favor do governo nacional. Foi o caso do alvoroço provocado pela declaração formal do reitor da UNLP, professor da Faculdade de Ciências Médicas, que instava a comunidade universitária a votar pela reeleição presidencial de Perón, ou as propostas da CGU a favor de nomeação da própria faculdade com o nome do presidente e da aula magna com o nome de "Evita Perón".[29]

Várias foram as lutas travadas pela Federação Universitária de La Plata (Fulp) (Figura 3): a favor do restaurante universitário; contra a Lei de Residência e a coerção ilegal dos alunos que exerciam atividades políticas; contra a intervenção nas faculdades, a presença da CGU, as designações arbitrárias de cargos, o corte orçamentário, a visão da universidade como "unidade básica",[30] a promoção de disciplinas de "doutrina nacional justicialista"[31] e, na Faculdade de Ciências Médicas, uma luta específica pela revogação do curso pré-médico.[32]

Figura 3. Panfleto da Federação Universitária de La Plata (Fulp), 1952

DECLARACION DE PARO

COMPAÑERO ESTUDIANTE:

La F.U.L.P. ha decretado un paro para salvar la dignidad universitaria. Es un paro determinado por la vergüenza y la rebeldía. No podemos consentir, aunque sea con nuestro silencio, que se convierta a la Universidad en un comité político y en una escuela de servilismo.

Son tantas las enormidades y los actos de adulación que se han cometido aquí desde 1946, que parecía que ya nada peor nos quedaba por ver y que ya nada podía asombrarnos.

En nombre de un mentido "apoliticismo", se expulsó a centenares de profesores y estudiantes, se suprimieron la autonomía universitaria, la representación estudiantil y todas las conquistas de la Reforma, y se dictó la ley 13.031, reaccionaria y oscurantista.

En nombre de un simulado "apoliticismo" se encaramaron en las cátedras profesores sin capacidad científica y sin dignidad viril, que para mantenerse en sus cargos malhabidos han de ser servidores incondicionales de políticos influyentes y jerarcas ocasionales.

En nombre de un falso "apoliticismo", se fabricó la C. G. U., organización pseudo-estudiantil, que no representa a nadie, que realiza una descarada propaganda política partidista y cuyos "dirigentes" se reparten puestos y dineros oficiales mientras escamotean o tratan de escamotear un título profesional.

Con el pretexto de desterrar la política, se cometieron atropellos e injusticias inauditas, y se redujo a la Universidad al estado lamentable de una oficina pública de burócratas adocenados y obsecuentes.

Y después de todo ese falso apoliticismo, aparece la verdad tremenda: la Universidad convertida con desenfado en este genuino comité político, que proclama oficialmente una candidatura partidista en un bochornoso acto oficial, realizado en el patio central de la vieja casa de estudios, acto en el que se obliga a los profesores a cantar las canciones partidarias "Los muchachos peronistas" y "Evita Capitana". Y esto, no por el arranque imprevisto de un desorbitado, sino por resolución oficial, anunciada en el programa e incluída en la convocatoria del Rector Irigoyen, que publicamos al dorso de este manifiesto.

Comprendemos que cuando se llega a las cátedras y a los cargos directivos universitarios, o se permanece en antiguas funciones docentes o administrativas, no por la gravitación de una indiscutible autoridad moral y de una indudable capacidad científica o técnica, sino por el mayor o menor favor de que se goza en las esferas oficiales, se necesita mostrar a cada momento una adhesión incondicional a los que mandan, para conservar sus posiciones o mantenerse en ellas.

Pero nunca pudimos suponer que se llegara a tal extremo de servilismo y de desprecio, no solo de la moral y de la propia dignidad y estima personal, sino de la ley —de la ley que ellos mismos hicieron—. Porque es bueno recordar que el artículo 4º de la nefasta ley 13.031, que tanto dicen admirar las autoridades universitarias y que es su estatuto directivo y obligatorio, dispone textualmente:

"Los profesores y alumnos no deben actuar directa ni indirectamente en política, invocando su carácter de miembros de la corporación universitaria, ni formular declaraciones conjuntas que supongan militancia política o intervención en funciones ajenas a su función específica, siendo pasible quien incurra en transgresión de ello, de suspensión, cesantía, exoneración, o expulsión según el caso".

Los estudiantes universitarios demostraremos con nuestra ausencia de las aulas, que nada nos vincula a los que necesitan convertir a la Universidad en un comité político para mantenerse en los cargos usurpados.

Y refirmaremos, con respecto a la política en la Universidad, nuestra posición de siempre: la Federación Universitaria, como organización estudiantil, como entidad central de todos los estudiantes, es netamente apolítica en el sentido de que mantenemos una total independencia frente a todos los partidos y grupos políticos argentinos e internacionales; por eso no apoyamos ni repudiamos candidatura política alguna. Y es política en cuanto reconoce que los estudiantes no solamente estamos en la Universidad para obtener un diploma, sino que tenemos una responsabilidad que nos impulsa y nos obliga a ocuparnos de los problemas de nuestro medio, del mundo y de nuestra época, a luchar por una sociedad mejor, a combatir contra todas las injusticias y a ponernos apasionadamente al servicio de la libertad y dignidad humana.

PORQUE LA UNIVERSIDAD NO SIGA SIENDO UN COMITE POLITICO QUE PROCLAMA CANDIDATURAS PARTIDISTAS!!

POR LA DECENCIA Y LA DIGNIDAD UNIVERSITARIA!!

NO CONCURRA A CLASE EL 10 DE MAYO!!

FEDERACION UNIVERSITARIA DE LA PLATA

Centro de Estudiantes de Agronomía
Centro de Estudiantes de Derecho
Centro de Estudiantes de Humanidades
Centro de Estudiantes de Ingeniería
Centro de Estudiantes de Medicina
Centro de Estudiantes de Química
Centro de Estudiantes de Veterinaria

estos legajos en poder de 2º Jefe

Fonte: arquivo da DIPBA, mesa A, fator estudantil, Leg. n. 1 (Fulp).

Em 1954, García participou do Agremiação de Estudantes da Reforma (Ader).[33,34] Essa organização montou uma chapa para disputar a liderança do CEM, em cuja cédula ele aparece como candidato suplente a delegado da Fulp para o período 1954-1955 (Figura 4). Segundo conseguimos reconstruir a partir de um relatório do DIPBA,[c] a chapa da Ader concorria com a da Agremiação Unitária Medicina e com outra chamada Liberdade e Reforma.

Figura 4. Cédula de eleições da Ader, CEM da UNLP, 1954

A. D. E. R.

AGRUPACION DE ESTUDIANTES REFORMISTAS

CENTRO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

F. U. L. P.

Período 1954 - 55

VOTO

PRESIDENTE
Jorge Raúl Ochoa

VICE PRESIDENTE
Alfredo Lebed

DELEGADOS A FULP

Titular
Osvaldo Gil

Suplente
Juan Cesar Garcia Quiroga

VOCALES

Osvaldo Balbin
Carlos Alberto Pifarré
Jorge Alberto Perez
Hugo Osvaldo Sánchez
Juan Miguel de León
Zulma Adela Petrecca
Gustavo Adolfo Perovic
Enrique Peréz
Osvaldo Anibal Crego
Marta Berisso
Alfredo Culter
Alba Muñoz

Fonte: arquivo da DIPBA, mesa A, fator estudantil, Leg. n. 39 (CEM).

A Ader tinha forte cunho reformista, estava ligada ao Partido Radical e era integrada por estudantes vindos dos setores populares, enquanto Liberdade e Reforma, embora compartilhasse os ideais reformistas de uma matriz mais libertária, era composta por estudantes provindos principalmente de setores médios e altos. Isso sugere que, como no caso de muitos estudantes universitários da época, a inserção de García na política estudantil não estava atravessada apenas por suas posições políticas, mas também por seus vínculos e pelo capital social acumulado, evidenciando certa distância das famílias das elites locais que reproduziam historicamente os profissionais médicos mais renomados.

O início da década seguinte (1955-1966), conhecida como a "era de ouro" da universidade argentina, encontrou García participando ativamente das discussões que norteariam os bastidores universitários. Desde o início, a Federação Universitária Argentina teve um papel fundamental na recuperação da autonomia e na nomeação dos reitores e diretores interventores[35] (em La Plata, o interventor da Faculdade de Ciências Médicas foi um nome proposto pelos estudantes reformistas). O Decreto nº 6.403/55 do governo da chamada Revolução Libertadora traçou o rumo para a reorganização universitária, restabelecendo não só o princípio da autonomia, mas também a política de concursos, por meio da qual se pretendia restaurar as posições de todos os demitidos na década anterior e discriminar aqueles que tivessem ligações com o governo deposto. Esse decreto continha também – no artigo 28 – a autorização para a criação de "universidades livres", uma das fontes de tensão que mais tarde minaria a harmonia que prevaleceu nesse renascimento universitário.

Na Faculdade de Ciências Médicas da UNLP, em 1956, formou-se uma junta assessora composta por professores, formandos e representantes discentes, entre os quais García. Dois debates centrais regeram a existência dessa entidade: os concursos e o vestibular. No que diz respeito aos concursos, apesar da grande quantidade de contestações apresentadas tanto pelos formandos quanto pelos estudantes, o diretor da faculdade deu seguimento a um número bastante limitado delas. Por sua vez, a discussão sobre a natureza do ingresso ao curso de medicina perdurou ao longo dos anos, e ainda hoje é uma questão difícil e não resolvida na história da faculdade. Naquele momento, o diretor da faculdade, alguns professores e os egressos da junta lutavam para criar algum mecanismo que limitasse parcialmente o ingresso na faculdade, sob argumentos de dificuldades materiais e de recursos humanos que se aprofundavam com a chegada maciça de novos alunos.

Diante dessa posição, vocalizando a representação discente, García denunciava as problemáticas mais profundas do sistema educacional argentino, relacionadas com a qualidade do ensino médio e com a falta de recursos orçamentários, ao tempo que propunha implementar uma prova seletiva não eliminatória. Esse debate mostra claramente o panorama de uma nova antinomia entre os antigos reformistas e os mais jovens, que, embora tivessem ingressado nas fileiras reformistas no calor da luta contra o governo peronista, em grande parte tinham acessado a universidade graças às suas políticas. As restrições ao acesso ao ensino superior não cabiam mais no seu imaginário, o que gerava um amálgama de ideias reformistas e de reivindicações obtidas no governo peronista.[36]

Dessa forma, como podemos ver, profundos processos históricos permitem compreender as posições de García na militância estudantil. A renovação cultural e social do mundo do pós-guerra configura o marco no qual esses acontecimentos se inscreveram, assumindo na Argentina características singulares tingidas de um matiz puramente político, inaugurado com a derrubada do peronismo.[37] O diagnóstico que se enquadrava em um contexto no qual o peronismo era sinónimo de um passado arcaico, que se pretendia abandonar, falava de uma universidade vazia: a ideia de ruptura com esse passado imediato iria a par com a restauração reformista e com a reivindicação dos valores democráticos.[38]

Essa *desperonização* da universidade ocorreria em um contexto de impulso das ideias desenvolvimentistas predominantes em quase toda a América Latina. A ciência e a técnica constituíam os eixos privilegiados nos quais se baseava qualquer programa de desenvolvimento econômico e social, enquanto o Estado era projetado como o principal agente facilitador de mudança. Nesse marco, experiências inéditas de modernização cultural foram testadas, e a universidade se constituiu em um espaço legítimo de criação e produção de conhecimentos. Isso foi acompanhado por uma acelerada institucionalização acadêmica e pelo fortalecimento de campos disciplinares que, como no caso da sociologia científica impulsionada por Gino Germani, trariam novos elementos teóricos, como o estrutural-funcionalismo norte-americano, e uma perspectiva própria, sustentada nos processos de desenvolvimento das sociedades periféricas.

Foi nesse cenário que García, incentivado por uma amiga da Escola de Jornalismo, decidiu dedicar-se integralmente ao estudo do social e se candidatou para um estágio na sede chilena da Flacso. Por meio de uma bolsa, conseguiu se matricular na Escola Latino-Americana de Sociologia (Elas), dependente daquela unidade acadêmica. Assim, em 1960, viajou para Santiago com a intenção de aprofundar aquelas primeiras inquietações e de ganhar uma visão mais

integral dos PSEA. A estada na Flacso-Chile foi fundamental em sua carreira. O clima que prevalecia nessa instituição naquela época era de grande efervescência, criatividade, compromisso com o conhecimento e com o desenvolvimento dos recursos humanos locais. Pelo menos foi assim que ele próprio reconstruiu essa experiência:

> Vale lembrar que a Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, patrocinada pela Unesco [Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura] para ampliar o ensino das ciências sociais, foi criada no final da década de 1950. Ao mesmo tempo, eram concedidas bolsas de estudo no exterior, tentando, com este e outros mecanismos, criar uma 'massa crítica' de cientistas sociais. É claro, e não poderia ser de outra forma, que a formação foi feita sob a hegemonia do positivismo sociológico, o que não significa que outras escolas tenham sido impedidas de florescer e que alguns alunos reagissem ao ensino dominante.[39]

García estudou na Flacso entre 1960 e 1962. Depois, por sugestão de Peter Heintz, diretor da Elas naqueles anos, passou a fazer parte da equipe docente como professor de Teoria Social, até o final de 1963. O próprio Heintz o indicou posteriormente para trabalhar com Alex Inkeles, sociólogo da instituição, embora esse trabalho não tenha prosperado e tenha sido um dos incentivos para que ele aceitasse a bolsa que o levaria para Harvard no ano seguinte.[40] Esse vínculo com a universidade norte-americana surgiu como resultado de uma investigação internacional realizada em sete países sobre "A influência do meio de trabalho nas condutas dos indivíduos", da qual García participou com outros colegas. Essa pesquisa, com base na Flacso, exigiu a sistematização, pelo grupo de estudantes, do material coletado em 1.500 enquetes realizadas no Chile, o que lhes proporcionou uma importante experiência metodológica e foi o elo inicial para o consequente convite dessa universidade.

Essa possibilidade de participar em trabalhos de campo fazia parte de uma estratégia pedagógica promovida por Heintz dentro da instituição, onde o ensino era organizado a partir da transmissão de conteúdos relacionados à teoria sociológica, metodologia, técnicas de pesquisa e aspectos empíricos de desenvolvimento econômico e social. Isto implicava a participação dos alunos em investigações concretas que procuraram integrar teoria, metodologia e investigação empírica em um mesmo processo. Seguindo vários depoimentos e a própria produção de García nesses anos, a formação teve uma abordagem eminentemente estrutural-funcionalista com acréscimos da sociologia germaniana vinda da Argentina. É assim que um aluno da terceira turma a descreve:

> Na Flacso encontrei um clima muito conservador. O diretor na época era Peter Heintz, um suíço muito orientado pela moda norte-americana – Parsons, Merton – e, por outro lado, a poderosa influência de Gino Germani da Argentina. Não tinha nenhum curso de marxismo, era tudo funcionalismo estrutural, com alguma orientação antropológica.[41]

Segundo os arquivos da Biblioteca Flacso-Chile, a tese de graduação de García tem como título: *Variação no grau de anomia na relação médico-paciente em um hospital*.[42] Esse foi o ponto de partida para uma série de estudos cujos eixos centrais giravam em torno da problemática das elites médicas, da relação médico-paciente e do autoritarismo, elemento que, segundo ele, definia esse vínculo. Esses primeiros trabalhos evidenciam o diálogo incipiente entre as ciências sociais e a medicina, horizonte que ele não abandonaria jamais. Os artigos "Sociologia e medicina: bases sociológicas da relação médico-paciente" e "Comportamento das elites médicas em situação de subdesenvolvimento"[43,44] também datam desse período (1961-1964).

Nessas obras de início dos anos 1960, García utiliza categorias da sociologia médica norte-americana, mas também apresenta uma análise crítica do enfoque centrado na "solução de problemas" práticos da medicina. Produto das suas indagações e da leitura crítica dessa literatura é uma coleção que ele organizou, em 1971, para a divulgação informal de uma série de títulos de Talcott Parsons, John Simmons, Edward Suchman e Joan Hoff Wilson. Esse interesse o levou a focar gradativamente no ensino da medicina e no papel das ciências sociais nos currículos médicos, problemática central dos seus escritos do período de 1965-1972, que analisaremos na próxima seção.

Desse modo, a formação dos profissionais da saúde nas instituições de ensino superior tornar-se-ia um ponto decisivo para a construção de um novo paradigma. Para García, os espaços universitários estavam historicamente determinados e integravam a produção, a transmissão e a socialização do saber de acordo com a formação social específica em que estavam inseridos. Nesse sentido, o papel da educação médica acabava sendo crucial na reprodução dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, García conferia a essas instituições certa autonomia e capacidade para abrigar espaços de mudança e inovação.[45,46]

Talvez suas primeiras experiências como ator universitário naquele contexto de politização estudantil e as disputas em torno da definição do modelo universitário tenham sido os elementos que operaram nos anos posteriores como a base para questionar a relação entre a estrutura social e o modo dominante de produção de profissionais médicos.

MEDICINA SOCIAL E REDES DE COOPERAÇÃO LATINO-AMERICANA

Em março de 1966, Juan César García ingressou no Departamento de Recursos Humanos da Opas, com sede em Washington, instituição onde permaneceria até sua morte. Eram tempos de grande convulsão política; o cenário era marcado pela guerra de Vietnã, pela escalada de anti-imperialismo, pelo maio francês e pelos movimentos revolucionários na América Latina, que tinham a Revolução Cubana como principal estandarte. Quando ingressou na Opas, García tinha 33 anos, um diploma de sociólogo obtido na Flacso-Chile e a experiência como assistente de pesquisa na Universidade de Harvard.

Na década de 1960, um setor da Opas liderava projetos de reformulação dos cursos de saúde pública a partir de uma perspectiva crítica ao paradigma biológico da história natural da doença. Nesse processo foi fundamental a incorporação de saberes oriundos das ciências sociais, que permitiam dar conta da multicausalidade dos problemas de saúde, tanto daqueles advindos do modelo preventivista norte-americano, quanto das perspectivas histórico-estruturais que iam surgindo na América Latina como uma nova chave de leitura.[47,48] García ingressou na Opas através de um ambicioso projeto de pesquisa patrocinado pela Fundação Milbank, que buscava mapear o espaço conquistado pelas disciplinas de medicina preventiva e social na formação dos profissionais da saúde na América Latina – projeto que posteriormente seria estendido à análise curricular do ensino médico em geral.

O trabalho de campo dessa pesquisa permitiu-lhe viajar por muitos países, conhecer em primeira mão uma centena de escolas de medicina, estabelecer diálogos com diferentes colegas e construir as redes que mais tarde conduziriam aos primeiros encontros sobre "ciências sociais aplicadas à saúde", segundo o nome que ainda era utilizado nos anos 1970. Mais uma vez, como nos seus anos de militância na Faculdade de Medicina da UNLP, a questão do desenho curricular aparecia como um espaço de lutas e como um horizonte de possibilidades de mudança. García contava que essa preocupação por traçar um mapa dos processos de ensino médico nos países latino-americanos tinha alguns antecedentes na própria Opas, que tinha organizado dois seminários previamente: um no Chile, em 1955, e outro no México, em 1956, "com a participação de quase todas as escolas médicas do continente".[49] Os participantes dessas reuniões recomendaram à Opas avaliar o alcance real dos saberes das ciências sociais no desenho curricular das escolas.

Seguindo essa sugestão, a Opas decidiu reunir em Washington um grupo de especialistas que discutiu (entre 1964 e 1967) a possibilidade de desenhar uma pesquisa que servisse como um "marco de referência" para recomendar políticas voltadas para homogeneizar critérios para o ensino da medicina. García incorporou-se para coordenar o trabalho de campo, que foi realizado entre finais de 1967 e inícios de 1968. No total, foram mais de quatro anos de trabalho, e a coleta de dados contou com a colaboração de profissionais locais de 18 países diferentes, responsáveis por aplicar questionários previamente elaborados pelo Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Opas. Entre eles estavam vários dos colegas com quem García mais tarde estreitaria laços para a organização do movimento de sanitaristas vinculados à medicina social.(d)

Um deles, o médico equatoriano Miguel Márquez, sintetiza hoje o que é recorrentemente destacado sobre seu estilo de trabalho, implantado em toda a América Latina com colegas médicos e outros profissionais da saúde: "*Ele tinha uma grande capacidade de aproximar as pessoas*".[50] García encomendou a Márquez que coletasse dados no Equador e em seis países da América Central. Márquez relata que conheceu García na cidade de Cuenca, no período prévio ao início do trabalho de campo, quando García fez um percurso pelos países que a pesquisa abrangeria. Segundo explica o entrevistado, ele teve que se esforçar para convencer diversos colegas pertencentes a federações universitárias alinhadas com o ideal comunista, que a princípio suspeitaram de uma investigação sustentada por uma organização com sede em Washington e financiada por uma fundação norte-americana.

Quando García chegou ao Equador para conhecer as escolas de medicina, Márquez era assessor da Federação de Estudantes de Medicina em Cuenca. A primeira coisa que García fez foi conversar com os discentes e explicar as intenções do projeto. Em seguida, os estudantes (alguns eram maoístas, outros pró-soviéticos) foram ver seu assessor e expressaram a ele suas suspeitas: para eles, García era um agente secreto da Agência Central de Inteligência dos Estados Unidos (CIA). Márquez pediu que o deixassem falar com ele pessoalmente. Eles tiveram uma conversa muito longa, que durou um dia inteiro: "Encontrei uma figura de pouquíssimas palavras e aí eu soube de onde ele vinha", diz Márquez em relação às origens socialistas e à passagem pela sociologia de García.[51] Naquele dia, uma longa amizade, cheia de colaborações, começou a se desenvolver.

Em 1972, ano em que publicou *La educación médica en la América Latina*, García conseguiu reunir vários desses colegas na cidade de Cuenca, Equador, onde pela primeira vez o grupo incipiente assumiu uma posição explicitamente

crítica em relação ao marco teórico funcionalista, que naquela época dominava as análises sociológicas em saúde. À beira da morte, García valorizou os resultados desse encontro que buscou, naquele momento, "definir mais claramente o campo" das ciências sociais em saúde, isto é, reconheceu a busca por uma revisão das próprias bases teóricas e metodológicas que poderiam sustentar um campo de estudos ainda em formação. O grupo foi se mostrando cada vez mais forte, porém, segundo suas próprias palavras, "faltava-lhe o cimento ideológico que lhe permitisse transcender as relações de amizade, diferenciando a medicina social da saúde pública e separando-a da medicina preventiva".[52]

Para compreender o contexto em que ocorreram as discussões de Cuenca, é necessário relembrar o que eram as "ciências sociais aplicadas à saúde" na América Latina no início dos anos 1970. Em primeiro lugar, a inserção institucional desses saberes não passava de um punhado de cadeiras de medicina preventiva e social. Na literatura abundava a abordagem das "ciências da conduta", desenvolvida nos Estados Unidos desde o segundo período do pós-guerra. Crítico desse enfoque, García o questionava pela metodologia positivista e pela utilização de um termo ("conduta") que invisibilizava as raízes históricas da ação humana. Nesse sentido, o grupo reunido em Cuenca afirmou conjuntamente que a "aplicação da análise funcionalista aos problemas de saúde" bem como as visões reducionistas dos trabalhos baseados no paradigma da história natural da doença e nos estudos dos determinantes do comportamento individual contribuíam para uma "concepção estática" e para uma "descrição formalista" dos processos de saúde.[53]

Segundo a opinião de vários dos nossos entrevistados,[54,55,56,57] García foi o principal promotor daquele primeiro seminário e da consolidação interna do grupo, que se manteve em estreito contato durante os anos seguintes. Eles planejaram repetir a reunião realizada em 1972, que finalmente ocorreu em 1983, novamente em Cuenca. Um dos participantes em ambas as reuniões, Everardo Nunes, afirma na entrevista que García, já doente, tinha lhe encomendado que compilasse todos os trabalhos apresentados naquele segundo seminário.[58] Essa solicitação foi atendida e resultou no livro *As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas*, publicado tanto em espanhol como em português.[59]

García morreu pouco depois da segunda reunião de Cuenca. Vários dos participantes – Saúl Franco Agudelo, Asa Cristina Laurell, Hésio Cordeiro, Jaime Breilh, Sérgio Arouca e Everardo Nunes, entre outros – reuniram-se novamente no final daquele ano na cidade brasileira de Ouro Preto. Nessa reunião, que também contou com a presença de Mario Testa e de Susana Berlmartino, foi criada

a Associação Latino-Americana de Medicina Social (Alames). Nas considerações finais da ata de constituição, os signatários decidiram fazer "uma menção especial" a Juan César García, reconhecendo "seu trabalho pioneiro na corrente médico-social na América Latina, sua sólida contribuição teórica a esta corrente e sua liderança em nossa Associação".[60] Paradoxalmente, o que talvez fosse a maior aspiração de García materializou-se no mesmo ano de sua morte.

Se o funcionalismo permitiu o avanço a partir das ciências sociais para pensar alguns problemas, como a relação médico-paciente ou o vínculo entre estrutura social e saúde, o contexto de crise do projeto desenvolvimentista e o surgimento de outros enfoques, como a teoria da dependência, sustentaram a resistência ao paradigma funcionalista dominante. Esse "cimento ideológico" a que se referia García foi o marxismo e, como bem descreveu Hugo Mercer, a passagem do funcionalismo para o materialismo histórico foi um processo de "substituição de um estruturalismo por outro", já que o marxismo que prevaleceu na América Latina estava em linha com a corrente althusseriana.[61]

Desse modo, na obra de García (não só na obra escrita e publicada, mas também na tarefa silenciosa de montar o movimento de medicina social latino-americano), observa-se algo que poderíamos chamar de "virada marxista" no início dos anos 1970. Essa virada pode ser percebida desde alguns anos antes, quando ele viajou para Harvard com sua companheira, Carlota Ríos, uma advogada que também era estudante da Flacso e que tinha se formado no pensamento socialista chileno. Em Harvard, eles foram bolsistas de George Rosen e Milton Roemer, ambos discípulos de Henry Sigerist.[62]

Sigerist (1891-1957), reconhecido como um dos maiores historiadores da medicina, atuou entre 1932 e meados da década de 1940 como diretor do Instituto de História da Medicina da Universidade Johns Hopkins, em Baltimore, e foi um dos pioneiros em pensar a medicina numa perspectiva de análise histórica e sociológica. Nessa linha, ele compreendeu as limitações que a estrutura social impunha aos fenômenos de saúde, incorporando, a partir do seu percurso científico, uma perspectiva marxista que o aproximaria de pensar o socialismo como uma forma de vida superior para o homem.[63] É possível observar a presença desse autor em vários escritos de García posteriores a essa época na bibliografia utilizada, como no trabalho "As ciências sociais na medicina", apresentado no XXIII Congresso Internacional de Sociologia, Caracas, Venezuela, de 20 a 25 de novembro de 1972.[64]

É claro que essa "virada" teve muito a ver com um universo de leituras e de discussões teóricas, mas ao mesmo tempo houve uma aproximação com

as experiências de Cuba e da Nicarágua, nas quais o marxismo era algo mais que uma realidade de papel. Miguel Márquez, um colega muito próximo da Revolução Cubana, lembra que na década de 1960, antes dessa virada de García para o marxismo, eles tinham se encontrado no caminho da medicina social, ao qual tinham chegado com bagagens ideológicas diferentes: García tinha chegado a partir do socialismo e ele, da Teologia da Libertação. Os anos de 1970 nada mais fizeram do que consolidar o ponto de vista do marxismo estruturalista, incorporando diferentes leituras.

Uma radiografia da biblioteca pessoal de García, doada após sua morte à Fundação Internacional de Ciências Sociais e Saúde do Equador,[e] possibilita uma reconstrução, pelo menos aproximada, dessas leituras. Vários depoimentos indicam que García era, além de um leitor ávido, um comprador regular de livros. A biblioteca contém aproximadamente 3.700 volumes. Metade deles são publicações científicas periódicas, anais de conferências e relatórios institucionais; enquanto a outra metade é composta por livros de autoria individual e coletiva. Entre as publicações científicas, destacam-se algumas séries de revistas de sociologia norte-americanas (*American Sociological Review*, *Theory and Society*, *The American Journal of Sociology* etc.); periódicos de sociologia da ciência e da educação (*Sociology of Education*, *Science in Society*, *Harvard Education Review*); e várias publicações na área de ciências sociais e saúde, em inglês (*Social Science and Medicine*, *Journal of Health & Human Behavior*), mas principalmente em espanhol e em português: *Revista Panamericana de Salud Pública*, *Gaceta Médica de México*, *Revista Cubana de Salud Pública*, *Revista Ecuatoriana de Higiene y Medicina Tropical*, os *Cuadernos Médico-Sociales* de Chile e os *Cadernos de Saúde Pública* de Brasil. Os boletins da Opas e diversas publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS) cobriam boa parte das publicações que ele recebia.

A biblioteca permite não só traçar um mapa de suas leituras, mas também um mapa de contatos, já que muitos desses volumes provinham de viagens e redes de relacionamento com outros colegas. Nesse sentido, e mesmo morando em Washington, a presença de livros em espanhol e português é notória: metade dos livros (cerca de 1.170) são títulos em espanhol, um terço em inglês e o restante em outras línguas, com predominância do português. Em suas sucessivas viagens ao Brasil, García acumulou uma centena de títulos sobre os mais diversos assuntos, o que sugere que esses livros não eram apenas presentes de colegas brasileiros vinculados ao movimento sanitarista. De fato, são poucos os livros sobre saúde, se comparados aos inúmeros títulos de sociólogos, como Caio Prado Júnior, Octavio Ianni ou Gilberto Freyre; economistas e cientistas políti-

cos da teoria da dependência, como Celso Furtado; inúmeros trabalhos sobre a história do Brasil e não poucos livros sobre o movimento operário, o anarquismo e o marxismo.

Embora na biblioteca permaneçam vestígios da literatura funcionalista anglo-saxônica (da qual ele conservava muitos títulos), a quantidade e a diversidade de livros sobre teoria marxista, anti-imperialismo e história latino-americana são notáveis. Pouco depois do primeiro encontro em Cuenca, ele apresentou o trabalho programático "Las ciencias sociales en medicina", no qual o pensamento marxista já atravessava totalmente suas reflexões. Nele, García apostava no estudo da estrutura social para entender a produção das doenças e dos serviços médicos; ademais, afirmava que a "posição do médico" como ator social era "determinada pelo modo de produção" escravista, feudal ou capitalista.[65]

No entanto, essa busca por um "cimento ideológico" e um "marco de referência" diferente do funcionalismo americano ficou longe de se tornar uma tarefa abstrata e metateórica. Na Opas, García apoiou dois processos complementares que se desenvolveram na década de 1970: um notável impulso à pesquisa empírica e a construção institucional de programas de pós-graduação em medicina social. Uma anedota contada por Miguel Márquez ilustra bem essa preocupação em transformar rapidamente as discussões teóricas em resultados tangíveis. Em uma reunião de 1978, ocorreu-lhe dirigir-se a seus colegas por meio de uma parábola que chamou de "a besta e o contexto". Era uma história sobre uma selva tranquila na qual tinha aparecido um estranho animal, gerando comoção e debate entre os animais. A coruja, filósofa da selva, quis organizar as discussões, argumentando que antes de debater era necessário "ter um marco de referência ou um contexto para discutir essa ação". Um dos animais se propôs então a discutir sob o elefante, que poderia servir de contexto e abrigar todos eles. A cada vez que os animais pareciam chegar a um acordo, a coruja levantava uma dúvida e o debate voltava a zero. A certa altura, o elefante se sentiu cansado e, como sua memória estava bastante fraca, deitou-se, esquecido do que estava acontecendo, e esmagou todos os palestrantes. Dessa parábola, tão trivial quanto efetiva, García extraiu a seguinte moral: é melhor encerrar os debates e fazer alguma coisa antes que o contexto se abata sobre nós.[66]

Na verdade, esse contexto já tinha chegado: a ditadura militar, instalada no Brasil desde 1964, expandia-se junto com a Doutrina de Segurança Nacional em grande parte da América Latina. Os golpes de Estado no Chile (1973), Uruguai e Argentina (1976) ameaçavam seriamente as aspirações políticas dos sanitaristas e dos médicos ligados às correntes populares, de esquerda ou marxistas.

Desde que iniciou seu trabalho na Opas, a estratégia adotada por García para influenciar os países governados por militares consistiu numa resistência capilar, alimentando os canais sub-reptícios de oposição ao regime. Foi o caso do Brasil, onde estabeleceu laços muito estreitos com os núcleos universitários que articulavam maior resistência à ditadura.

No estado de São Paulo, ele se aproximou do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), criado em 1965 sob o modelo preventivista que vinha sendo promovido, entre outros organismos internacionais, pela própria Opas. No início da década de 1970, esse modelo passou a ser questionado por professores desse departamento, como Sérgio Arouca e Anamaria Tambellini, certamente muito influenciados pela leitura dos primeiros textos de García sobre a educação médica. Eles criaram o Laboratório de Educação Médica e Medicina Comunitária (LEMC), incorporando debates teóricos sobre os determinantes sociais dos processos de saúde e doença para superação do paradigma biológico, bem como discussões sobre as bases estruturais da organização dos serviços de saúde. O laboratório também coordenou trabalhos que levaram essas ideias para fora dos muros da universidade, principalmente nos municípios próximos de Campinas.[67]

A experiência do LEMC e do Departamento de Medicina Preventiva foi um dos pilares do movimento sanitarista brasileiro e também serviu de base para as reformas constitucionais que, com o retorno da democracia, instalaram o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Um dos médicos que participou dessa experiência, Alberto Pellegrini, relata que a relação com a Opas via Juan César García foi decisiva. Em particular, García permitiu o acesso a material bibliográfico que não circulava facilmente por motivos materiais e por restrições da censura. De acordo com Pellegrini:

> Juan César García armava um esquema de bibliografia selecionada, que enviava a seus amigos. Ele tinha uma rede, enviava textos que, naquela época, líamos avidamente: fotocópias de artigos de Foucault, de Polack [...]. Todos nós recebíamos diretamente o material e montávamos mesas de discussão. Foi em grande parte uma formação de caráter quase heroico.[68]

Várias dessas cartas, digitadas com capricho em papel timbrado, são mantidas nas coleções pessoais dos colegas que faziam parte dessa rede. Miguel Márquez, por exemplo, tem uma cópia de uma carta de 31 de outubro de 1973, que reproduzimos na íntegra porque oferece algumas chaves para entender o alcance dessa tarefa de divulgação bibliográfica (Figura 5).

Figura 5. Carta de Juan César García, 31 de outubro de 1973

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION
Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the
WORLD HEALTH ORGANIZATION

525 TWENTY-THIRD STREET, N.W., WASHINGTON, D.C. 20037, U.S.A. CABLE ADDRESS: OFSANPAN

REPLY REFER TO: HR/AMRO/6223/A TELEPHONE 223-4700

31 de octubre de 1973

Queridos amigos y ciudadanos:

La gran ciudad tiene una fascinación especial para quien nació y vivió durante su juventud en un pequeño pueblo de provincia. Puig describe en "Boquitas pintadas" este sentimiento de nostalgia por lo no vivido, la atracción de las "luces del centro" de que nos habla el "Troesma". Los amigos que han vivido la experiencia de la migración rural-urbana comprenderán mejor las razones de la selección de los artículos que adjuntamos. La importancia del tema para las ciencias sociales y la salud de los pueblos sería una justificación más seria y ampulosa. Pero, no envío estos artículos porque me gusta el tema de la ciudad: la justificación se encuentra en el triángulo de fuego del id, el ello y el yo. De ahí la reelectura de F.E. (tan de moda, aunque nunca se haya hecho la primera lectura): "The Condition of the Working Class in England" y "The Housing Question." Hemos pensado, incluso en un curso de posgrado que se llamaría algo así como "La Salud Pública de las Ciudades", una idea que no tuvo eco porque en este microambiente pocos han escuchado con atención al "Troesma" y ninguno ha leído a Puig o F. E.

Partimos de la primisa que la ecología espacial o, si lo prefieren, la estructuración del espacio está determinada por el proceso de producción y la propiedad de los medios de producción. Este paso inicial nos permite andar por caminos diferentes de los "highways" funcionalistas. Así, descubrimos a K. Castells con su libro sobre urbanización publicado por Siglo XXI y a los dos autores cuyos artículos estamos enviando:

Richard M. Morse: "Latin American Cities in the 19th Century": Approaches and Tentative Generalizations", Center for Latin American Studies, Stanford University, 1971.

David Harvey: Society, the city and the Space-Economy of Urbanism, Association of American Geographers, Washington, D. C., 1972.

A esta bibliografía básica para introducirnos en el tema de la "Salud Pública de las Ciudades", debería agregarse el artículo de Anibal Quijano: La Urbanización de la Sociedad en Latinoamerica, Revista Mexicana de Sociología, 29,4: 560-703, 1967 y el libro más general de Cardoso y Faleto: Dependencia y Desarrollo en América Latina, Siglo XXI, México, 1969. Este libro no trata sobre las ciudades, pero analiza diferentes formaciones sociales que son necesarias conocer para comprender el desarrollo y la estructuración de nuestras ciudades. La dependencia constituiría una variable adicional a las propuestas por los autores de los artículos adjuntos, para comprender la estructura del espacio en América Latina.

-2-

Estas reflexiones nos llevan a proponer lo siguiente:

a. Incorporar a geógrafos humanos del tipo David Harvey, a nuestros equipos de trabajo. Incidentalmente, David Harvey acaba de publicar un libro pionero en este campo: Social Justice and the City, The Johns Hopkins, University Press, Baltimore, 1973.

b. Llevar a cabo una investigación-hobby que consistiría en:

i. Obtener un mapa "enorme" de la ciudad donde vivan
ii. Señalar en el mapa zonas según estratos sociales
iii. Indicar en el mapa las zonas industriales (lugar donde se genera el excedente) y las zonas comerciales (intercambio)
iv. Indicar el valor de los terrenos (aproximado en el mapa
v. Ubicar los consultorios particulares de los médicos (una guía de teléfonos o una lista de representantes de laboratorio pueden ayudar a esta identificación en el espacio urbano).

vi. Ubicar en el mapa los servicios de salud existentes y su capacidad en camas (diferenciar los particulares de los públicos).

vii. Ubicar en el mapa las farmacias
viii. Indicar las zonas según grado de contaminación atmosférica
ix. Poner en el mapa otros indicadores relevantes para el estudio
x. Anotar cambios que han sufrido las diferentes zonas o barrios (historia de los barrios) como por ejemplo depreciación o valorización de los terrenos.

Una vez recogida y anotada esta información se iniciaría un análisis del siguiente tipo: correlacionar las desigualdades en la distribución de servicios con factores estructurales. Es posible que en muchas ciudades latinoamericanas algunas zonas de altos ingresos no cuenten con servicios de salud accesibles, pero reciban atención médica domiciliaria o reciban atención médica en el extranjero (dependencia).

Esta investigación puede servir para estudios posteriores de utilización de servicios. Los que hasta ahora se han realizado en América Latina sufren del sesgo peculiar de la metodología social hegemónica que centra la unidad de análisis y de muestreo en el individuo. Los estudios de recursos humanos de Colombia y Argentina son ejemplos de este tipo de sesgo.

Adjuntamos un tercer artículo sobre un estudio de hospitales en Chicago (Variación in The Character and Use of Chicago Area Hospitals, by Richar L. Morril y Robert Earickson) cuya metodología puede ser de ayuda para la investigación-hobby mencionada anteriormente.

Rogamos que los que estén interesados en este tipo de tema nos escriban para enviarles material adicional.

Afectuosamente,

J. C. García

Juan César García
Departamento de Desarrollo de
Recursos Humanos

Fonte: acervo pessoal de Miguel Márquez.

Para além de um dado óbvio, como é a tarefa de constante atualização bibliográfica – visto que se trata de textos sobre urbanismo que acabavam de ser publicados –, outros elementos importantes aparecem. Em primeiro lugar, a menção a dois livros de Friedrich Engels que tratam da questão urbana (*A condição da classe operária na Inglaterra* e *Contribuição sobre o problema da moradia*). É curioso que, ao contrário de todos os outros autores que são mencionados na carta, García faça referência a Engels utilizando as iniciais "F.E." e os dois livros sejam citados em inglês, como se ele quisesse evitar problemas diante de um eventual censor desavisado.

García estabeleceu uma relação estreita com médicos latino-americanos de forte formação marxista. Junto com a aproximação dos sanitaristas cubanos, a amizade com Sérgio Arouca foi decisiva nesse sentido. Além de ser uma das referências do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp, Arouca era na época um alto quadro do Partido Comunista Brasileiro. Em 1975, no momento em que o regime militar tinha endurecido a repressão à dissidência política, a experiência do laboratório do LEMC tornou-se insustentável, e vários membros daquele grupo diretamente deixaram a universidade. Arouca tinha concluído sua tese de doutorado, *O dilema preventivista*,[69] mas só conseguiu defendê-la em 1976, quando já tinha uma vaga garantida na Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro. Nessa tese, ele incluiu seus colegas da Opas, Miguel Márquez e Juan César García, a quem citou entre os professores que tinham contribuído para sua formação intelectual.[70] Posteriormente, na década de 1980, e após passar pelo Rio de Janeiro, Arouca iria para a Nicarágua como assessor do governo sandinista, a convite do próprio García enquanto assessor da Opas no Ministério da Saúde daquele país, onde também estava Miguel Márquez.[(f)]

Sarah Escorel lembra que "a maior parte das pessoas que fundaram o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) era do Partido Comunista Brasileiro, que estava na clandestinidade". Depois de ir embora de Campinas e antes de ir para a Nicarágua, Arouca dirigiu esse centro que reunia aqueles que pensavam os problemas de saúde a partir de uma perspectiva marxista. De acordo com Escorel:

> A fonte de inspiração era marxista mesmo, mais de Marx do que de Lenin. Tinha vários pensadores que liam principalmente a partir da bibliografia enviada por Juan César García. [...] Ele era um funcionário de um organismo internacional, mas o que ele fazia, por fora do trabalho burocrático na Opas, era justamente estimular esses núcleos latino-americanos com muita bibliografia que não existia nem era publicada aqui.[71]

Nos anos de 1970, a relação entre esses intelectuais marxistas – que na América Latina passaram a discutir políticas de saúde – e os espaços da Opas mais receptivos às ideias de esquerda, como o Departamento de Recursos Humanos e o de Investigações, a partir dos quais García apoiou a publicação da revista *Educación Médica y Salud*, era bastante fluida. Um dos brasileiros, Carlyle Guerra de Macedo, que gravitou naqueles espaços e acabou dirigindo a Opas de 1985 a 1991, destaca o caráter clandestino de diversos espaços de debate que naquele momento aconteciam sob uma perspectiva marxista: "A gente discutia tudo isso à noite, escondidos, na casa dos amigos, publicávamos, e assim criamos o chamado Projeto Andrômeda". Nesse projeto estavam o próprio Macedo, Arouca, Hésio Cordeiro e outros integrantes daquilo que posteriormente viria a ser conhecido como movimento sanitarista. No período em que a ditadura tinha endurecido ainda mais os mecanismos de vigilância das atividades comunistas, esses personagens – segundo relata Macedo – "discutiam nas sombras" e "conspiravam" contra a ditadura, aproveitando as viagens ao exterior como forma de articular redes de dissidência.[72] Nesse aspecto, o acesso à Opas e seus recursos para viagens, encontros e seminários parecia estar garantido. Como outro membro do Projeto Andrômeda, Nelson Rodrigues dos Santos, acrescenta:

> Nossos encontros ocorriam no hall dos aeroportos [...]. Não éramos mais de 15 ou 20 pessoas, mas tínhamos uma possibilidade de mobilidade efetiva [...] participávamos em congressos, em mesas-redondas e em projetos de pesquisa, que financiavam as viagens. Então a gente fazia várias reuniões clandestinas [...], coordenávamos os horários dos voos para fazer reuniões nos aeroportos ou nas residências em algumas capitais, como Rio de Janeiro, Belo Horizonte ou São Paulo. [...] A gente era financiado para viagens oficiais com objetivos claros e cumpríamos os objetivos institucionais, mas garantindo nessas viagens alguns momentos para a troca de ideias.[73]

Voltando nossa atenção novamente para a carta de 1973 (Figura 5), outro elemento torna-se altamente relevante para a compreensão da tarefa que García realizava desde Washington. Além da atualização bibliográfica e da introdução sub-reptícia de leituras marxistas, cabe destacar a centralidade que ele conferia à pesquisa empírica. Em suma, junto com as discussões teóricas e metodológicas, o que ele propunha nessa carta era uma "pesquisa-hobby" que pudesse ser replicada em diferentes cidades da América Latina. Esta consistia em correlacionar as desigualdades no espaço urbano com a distribuição desigual dos serviços de saúde, incorporando a perspectiva da geografia humana como forma de

argumentar contra o que ele chamava de "metodologia hegemônica", baseada em amostragens que tomavam o indivíduo como unidade de análise.

Esse espírito de orientação para a pesquisa empírica era o que García tentava transmitir nos numerosos cursos e seminários que ministrava em diversos países latino-americanos. Segundo relatam alguns colegas, ele aproveitou a possibilidade de viajar como "especialista" da Opas para ministrar diversos cursos sobre metodologia de pesquisa social aplicada à saúde. O médico cubano Francisco Rojas Ochoa frequentou uma série de cursos desse tipo, ministrados na ilha no início dos anos de 1970. Naquela época, Ochoa era chefe de estatística do Ministério da Saúde de Cuba. Ele narra da seguinte maneira o impacto que causou García entre os alunos do curso, principalmente psicólogos e apenas dois médicos:

> Naquela época, meu roteiro era quantitativista. A pesquisa passava muito pela estatística, pelos indicadores de saúde. A gente queria medir tudo: a mortalidade, a morbidade, o tamanho da prole, a morte das mulheres. Tínhamos feito até uma pesquisa nacional sobre crescimento e desenvolvimento, baseada em medidas antropométricas, um exercício estritamente quantitativo em que não havia nada de social. Consistia apenas em medir e pesar as crianças. Nós nos víamos como materialistas dialéticos, mas nesse sentido éramos bastante positivistas. Juan César abriu outro horizonte para nós.[74]

Esse outro horizonte era o da pesquisa qualitativa. García chegou a Cuba com outra linguagem: levou ao curso uma seleção de artigos científicos sobre pesquisas na área da saúde, a maioria deles de autores norte-americanos, e o que propunha não era exatamente ler textos teóricos ou manuais de metodologia, mas discutir os artigos com ênfase no método, nos bastidores da produção desses trabalhos.

Finalmente, é necessário mencionar um último núcleo de atividades que García contribuiu para sustentar desde a Opas: a criação dos primeiros programas de pós-graduação em medicina social e o apoio para trazer para a América Latina, no âmbito desses novos programas de pós-graduação, diversos intelectuais europeus de renome. O primeiro curso de medicina social foi criado em 1973 na Universidade do Estado da Guanabara – atualmente Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – com apoio da Opas e da Fundação Kellogg; e um ano depois, eles conseguiram organizar outro curso de pós-graduação em medicina social na Universidade Autônoma do México, no *campus* de Xochimilco.[75]

Roberto Passos Nogueira, um dos primeiros alunos do mestrado em medicina social da UERJ, conta que teve como colegas vários alunos estrangeiros (de Honduras, Costa Rica, Peru etc.), enviados como bolsistas por Juan César García a partir de Washington. Nogueira lembra que essa política da Opas de concessão de bolsas para a formação de recursos humanos em medicina social dependia muito de García, que também promoveu a visita de professores estrangeiros como Iván Ilich e Michel Foucault.[76]

A chegada de Foucault ao Rio de Janeiro ilustra bem o funcionamento dessas redes e, de certa forma, também seus curtos-circuitos. Foucault já conhecia o Brasil; sua primeira viagem havia sido em 1965, a convite de Gérard Lebrun, então professor visitante da Faculdade de Filosofia e Letras da Universidade de São Paulo (USP). Naquela época, Foucault apenas tinha publicado *Maladie mentale et psychologie* (primeira obra traduzida para o português, com o título *Doença mental e psicologia*), *Histoire de la folie* (*História da loucura*) e *Naissance de la clinique* (*O nascimento da clínica*). Essas obras não tiveram grande repercussão entre os estudantes brasileiros de filosofia, imersos no paradigma marxista. Já no campo da psicologia a recepção foi importante, especialmente entre os psicanalistas heterodoxos: Jurandir Freire Maia, Roberto Machado, Renato Mezan e Suely Rolnik.[77]

Foucault voltou ao Brasil oito anos depois, fazendo quatro visitas em anos consecutivos: 1973, 1974, 1975 e a última em 1976. Se no início da ditadura a passagem de Foucault por São Paulo fora bastante sigilosa, em 1973 teve muito mais impacto: em Belo Horizonte, ele ministrou palestras informais para alunos de hospitais psiquiátricos e no Rio de Janeiro realizou um famoso ciclo de cinco palestras na Pontifícia Universidade Católica (PUC), que anteciparam em grande parte as teses de *Vigiar e punir*, publicado no Brasil.[78] Em outubro de 1974, Foucault voltou ao Rio de Janeiro, dessa vez para o Instituto de Medicina Social, onde o mestrado já estava em andamento. Naquela época, como explica Márquez na entrevista,[79] o contato foi feito por eles, com Juan César García, na Opas, e com Sérgio Arouca, no Brasil.

De fato, das seis conferências que Foucault ministrou na ocasião, as três primeiras foram publicadas em espanhol, e não em português: “La crisis de la medicina o de la antimedicina”, “Incorporación del hospital a la tecnología moderna” e “Historia de la medicalización”. Essas transcrições foram publicadas na revista da Opas, *Educación Médica y Salud*, entre 1976 e 1978, e posteriormente foram reunidas num livro em português;[80] enquanto as duas primeiras também foram publicadas, junto com “El nacimiento de la medicina social”, na *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, nos mesmos anos.[81]

O curioso dessa história é que, em particular naquela conferência sobre o nascimento da medicina social, Foucault trouxe algumas ideias que vieram abalar parte do discurso sustentado pelo grupo de sanitaristas de esquerda. Naquele dia, Foucault questionou a oposição entre uma medicina de mercado, individualizante, profissionalizada e liberal, de um lado, contra outra medicina social, contrária à lógica capitalista e, em consequência, potencialmente revolucionária. Contra isso, ele sustentou a seguinte hipótese:

> [...] com o capitalismo, não se passou de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas aconteceu exatamente o contrário; o capitalismo que se desenvolveu no final do século XVIII e início do século XIX socializou um primeiro objeto, que foi o corpo, em função da força produtiva, da força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não foi operado simplesmente por meio da consciência ou da ideologia, mas foi exercido no corpo e com o corpo. Para a sociedade capitalista, o mais importante era o biopolítico, o somático, o corporal.[82]

Somente esse parágrafo já condensava vários questionamentos ao pensamento marxista sustentado pelo grupo de médicos latino-americanos: uma crítica à noção de ideologia, uma insistência na centralidade do corpo biológico como objeto de governo e uma revisão da noção de "medicina social" que a reinseria na genealogia das sociedades capitalistas modernas. Para Foucault, a medicina moderna era inevitavelmente social, e o gesto de se preocupar com a saúde dos trabalhadores, dos pobres, dos mendigos, era uma invenção dos Estados capitalistas europeus. Reinaldo Guimarães explica, em entrevista coletiva com outros colegas do Instituto de Medicina Social da UERJ, que a visita de Foucault não foi uma "questão bem resolvida" dentro do grupo. Suas ideias não foram rejeitadas, sendo consideradas quase unanimemente "atrativas", embora fosse difícil conciliá-las com o discurso do grupo. "A gente tinha uma tradição", esclarece Guimarães, "era o Estado, era o socialismo, era Robert Carr, e Foucault veio jogar tudo isso fora [...]. Essa é uma questão teórica e política que o movimento sanitarista brasileiro jamais conseguiu resolver adequadamente".[83]

Talvez tenha sido Sérgio Arouca quem, através de sua tese, ensaiou a tentativa mais arriscada de incorporar essas ideias, ao analisar o paradigma preventivista como uma "formação discursiva" (conceito foucaultiano, retirado da *Archéologie du savoir*, Arqueologia do saber), cuja genealogia remontava ao século XIX. Conta Miguel Márquez que Juan César García sempre disse que foi Arouca quem mais fortemente tinha criticado as ideias que ele até então uti-

lizava para pensar os problemas de saúde e que essas críticas produziram efeitos no seu próprio pensamento. Na segunda metade da década de 1970, García incorporaria uma análise das raízes históricas da noção de medicina social e se aproximaria de outros pesquisadores de formação marxista, principalmente italianos (como Giovani Berlinger e Franco Basaglia), que tinham um olhar mais próximo do materialismo histórico.

No final de sua vida, essa nova orientação ficará refletida no texto "Medicina y sociedad: las corrientes de pensamiento en el campo de la salud", no qual dava conta de uma "luta teórica atual no campo da saúde" que havia ocorrido nos anos 1970 e que tinha o pensamento marxista como um dos rivais em disputa. García reconhecia o aporte de Foucault, mas afastava-se da proposta metodológica que outros colegas – como Arouca – tinham recebido com maior entusiasmo, por considerar que "falta à arqueologia uma visão de classe e esquece as respostas dadas pelo materialismo histórico".[84] Sua inclinação pelo marxismo permanecia intacta, embora acima de tudo resgatasse a importância de realizar esses debates teóricos para pensar a saúde na América Latina, um gesto que ele jamais abandonaria.

A ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE: TENSÕES E CONFLITOS

Ao longo deste artigo, colocamos a lupa em uma tarefa constante, sustentada e meticulosa na promoção do desenvolvimento da medicina social latino-americana, que García executou a partir da Opas. Resta nos determos, ainda que brevemente, no relacionamento no interior dessa instituição. García ingressou quando ela tinha mais de meio século de história e algumas linhas de trabalho muito claras. Desde sua criação, em 1902, e ao longo de toda a primeira metade do século XX, a Opas foi marcada por uma definição particular de pan-americanismo, subordinada às políticas de saúde do governo dos Estados Unidos, enviesada pela presença de fundações privadas que financiavam determinadas políticas sanitárias, sobretudo programas verticais de controle de doenças infectocontagiosas.[85]

García manteve um olhar crítico sobre esse legado histórico, crítica que ficou clara em um texto publicado em 1981 com o título "The laziness disease". Nele, García estudou o surgimento do conceito "doença da preguiça" nas primeiras décadas do século XX, juntamente com a centralidade da Comissão Sanitária

Internacional da Fundação Rockefeller. A partir de uma abordagem qualitativa (construída a partir das ideias de Lukács sobre as categorias sociais e das de Canguilhem sobre o caráter histórico das doenças), ele sugeria que os motivos da "descoberta" de parasitoses frequentes entre trabalhadores rurais e crianças em regiões tropicais da América Latina não deviam ser buscados justamente no humanismo filantrópico das fundações, mas na preocupação com a produtividade das classes populares nas lavouras de café, cacau, borracha e cana-de-açúcar no Brasil, na Colômbia, no Equador e em grande parte América Central.[86]

A partir do segundo pós-guerra, fundamentalmente após a criação da OMS, em 1948, a economia das relações internacionais mudou e afetou significativamente o funcionamento da Opas. Lentamente, mas de forma constante, iniciou-se um período de maior presença dos países latino-americanos em sua administração, cujo ápice foi a eleição do chileno Abraham Horwitz como diretor-geral (1959-1975). No meio dessa gestão, García ingressou na Opas. Os dois tinham algo em comum: assim como García, Horwitz era descendente de imigrantes sem formação universitária e tinha conseguido se formar em medicina com ajuda de bolsas de estudo. Nesse sentido, não é exagero chamar a atenção para como determinadas matrizes idiossincráticas e trajetórias individuais podem permear as instituições: referimo-nos ao notável crescimento das políticas de concessão de bolsas durante a gestão de Horwitz, muitas das quais voltaram-se para o desenvolvimento de estudos na área da saúde pública e, posteriormente, da medicina social. Horwitz assumiu como uma espécie de compromisso pessoal o fortalecimento da área de recursos humanos e a política de concessão de bolsas, o que possibilitou boa parte dos empreendimentos que García liderou na América Latina.[87]

Mas, por sua vez, despersonalizando, é preciso reconhecer que tudo isso também respondia à presença de novos espaços de trabalho na Opas e de novos campos de possibilidades. No mesmo ano em que Horwitz assumiu a direção, a Revolução Cubana estourou, transferindo para a América Latina o clima de rivalidade internacional que já se vivia no Norte em função da Guerra Fria. Os desafios que o governo cubano colocou à hegemonia norte-americana na região tiveram grande impacto no campo das políticas de saúde.[(g)] O ambicioso programa de reformas que a chamada "Aliança para o Progresso" plasmou na Carta de Punta del Este (1961) e as sucessivas reuniões de ministros da Saúde das Américas promovidas pela Opas foram lidos como respostas estratégicas ao avanço das políticas cubanas de saúde pública.[88]

No contexto desses acontecimentos, duas perspectivas diferentes coexistiam na Opas. Horwitz incorporou uma linha de políticas de saúde com ênfase na

promoção de programas para o desenvolvimento econômico dos países "periféricos", incluindo a extensão dos serviços de assistência médica nas áreas rurais e áreas urbanas marginais, sob supervisão estrita de especialistas nomeados pela Opas. Por sua parte, García representava outra linha de trabalho, que buscava desencadear processos de baixo para cima, visando que os países latino-americanos melhorassem seus recursos humanos e que eles próprios discutissem políticas de saúde mais horizontais. Como explica Marcos Cueto em sua história da Opas, "a tensão entre esses dois pontos de vista persistiu ao longo de toda a década de 1970".[89] Segundo o relato de Mario Testa, Horwitz era bastante conservador do ponto de vista político, mas era de certa forma progressista do ponto de vista técnico, ao ponto de fazer da Opas a única organização das Nações Unidas que nunca rompeu relações com Cuba, porque ele considerava que em matéria de saúde o governo revolucionário estava fazendo bem as coisas.[90]

O brasileiro Alberto Pellegrini, que durante aquela década trabalhou na Opas como consultor e substituiu García no seu cargo, relata essas tensões internas na instituição. Ele explica que a linha de pesquisa em educação médica nasceu no Departamento de Recursos Humanos, mas depois foi ganhando autonomia em torno da área de pesquisa: "não era uma área de execução de pesquisas propriamente dita, mas uma área de política científica, de ciência e tecnologia".[91] Vinculado a esses programas de fomento à produção acadêmica, cuja invenção atribui a García – "ele criou uma política científica dentro da Opas" –,[92] Pellegrini passou a viajar com frequência a Washington, ficando alguns meses nos Estados Unidos e voltando ao Brasil para conduzir pesquisas empíricas.

García realizou esse trabalho de coordenação de pesquisas e de bolsas em um ambiente de grande informalidade. Foi apenas no início dos anos 1980 que ele se tornou oficialmente responsável pela área, mas imediatamente adoeceu e morreu. Em seguida, a Opas realizou um concurso para o cargo, que foi vencido por Pellegrini, que se mudou definitivamente para Washington. Naquela época, estava terminando a gestão do mexicano Héctor Acuña à frente da Opas (1975-1983), alguém que, segundo Pellegrini, soube se cercar de alguns dirigentes de uma linha bastante conservadora: "Reprimiam-se inclusive determinadas pessoas que tinham ideias diferentes. A Opas era uma organização bastante conservadora. Havia uma espécie de ilha, que eram os programas de recursos humanos, em que estavam Juan César García, Miguel Márquez e uma série de pessoas muito próximas", diz ele, referindo-se ao grupo de médicos sanitaristas brasileiros, e acrescenta: "não por acaso a gente tinha um vínculo

muito forte com outros grupos, que eles identificaram na América Latina, formando essa rede de sobrevivência".[93]

Outro sanitarista brasileiro, José Roberto Ferreira, chefiava o Departamento de Recursos Humanos da sede de Washington. Ele confirma a impressão de Pellegrini: segundo ele, Horwitz deu muito impulso à área, enquanto Acuña "tinha pavor dela". O diretor questionava o vínculo que eles tinham estabelecido, a partir da Opas, com grupos universitários latino-americanos: "Acuña era muito conservador e achava que as universidades, em geral, eram sistematicamente conflituosas, que se insurgiam contra o governo, que eram um espaço de diletantismo político de esquerda etc.".[94] Ferreira considera que essa tendência mais conservadora, relutante aos contatos do grupo da medicina social e dos sanitaristas brasileiros, foi interrompida com a chegada do brasileiro Carlyle de Macedo. Mas foi reabilitada sob a gestão de George Alleyne, que começou em 1995 com o fechamento das áreas de educação médica, de recursos humanos e da revista *Educación Médica y Salud*, que acumulava mais de duas décadas de existência. Ferreira reconhece que foi ele quem trouxe Alleyne para a área de recursos humanos, na qual confrontou-se imediatamente com Juan César García, porque um "era um líder de esquerda" e o outro se revelou de um "conservadorismo exagerado".[95]

Pouco tempo depois do início do mandato de Acuña, um conflito eclodiu dentro da Opas, enfrentando a direção e um grupo de funcionários sindicalizados, não por acaso liderado pelo próprio García. Junto com Miguel Márquez, estavam muito comprometidos com as atividades da Associação de Pessoal, que resistia frontalmente à gestão da Acuña. Márquez lembra essa gestão como "uma das etapas mais desastrosas" da história da Opas, caracterizada pela "autocracia administrativa, o empirismo recalcitrante, o populismo inconsequente e a corrupção do aparelho político-administrativo".[96] O que ele quer dizer com tudo isso? Por um lado, a Associação de Pessoal da Opas/OMS, que García passou a presidir entre 1977 e 1978, vinha fazendo uma série de reclamações sobre as condições de trabalho, tanto na sede em Washington como em diferentes escritórios locais, desde alguns anos antes.

Tivemos acesso a uma série de documentos datilografados, que Márquez nos mostrou durante a entrevista, que nos permitem reconstituir quais foram essas reclamações. Havia um núcleo de reivindicações salariais, demandas referidas aos termos de contratação dos funcionários, pedidos de ampliação da dotação de pessoal concursado e revisão das nomeações que não tinham passado por processos seletivos. Essas reivindicações estendiam-se a várias agências, como o Instituto de Nutrição da América Central e do Panamá (Incap) ou o Centro

Pan-Americano de Zoonoses (Cepanzo). Durante a presidência de García, a Associação de Pessoal chegou a solicitar a intervenção da Organização Internacional do Trabalho (OIT), que se pronunciou a favor dos empregados.[97,98]

Diante desses avanços, Acuña reagiu com veemência, referindo-se à associação como um "germe do mal" que era preciso "extirpar" para evitar a "anarquia institucional". Ele acusou o Comitê de Pessoal de representar uma minoria perturbadora, enquanto a maioria mostrava-se indiferente e silenciosa. Por isso, após um ato com presença numerosa de pessoas, a Associação de Pessoal distribuiu um documento intitulado "A maioria silenciosa se manifestou", que defendia o direito de sindicalização e expressava, em um de seus pontos, que existia "uma clara insatisfação da maioria do pessoal com o ambiente e as condições de trabalho e com a repercussão que essa insatisfação tem nas atividades da organização"[99] (Figura 6).

Figura 6. Fachada da Opas, Washington (*c.* 1978)

Fonte: acervo pessoal de Miguel Márquez.

A associação procurava, ademais, criar um quadro de solidariedade entre os trabalhadores de "serviços gerais" e os profissionais diplomados, entre os quais

a direção estabelecia diferenças que, segundo eles, não se baseavam nos estatutos do pessoal. Esse ponto levou a relação com o diretor para um nível de conflito muito alto, desencadeado em torno de um caso particular. Em dezembro de 1976, o Comitê de Pessoal recebeu um telefonema do escritório do Cepanzo, na Argentina, informando que Viviana Micucci, responsável pela biblioteca daquela agência, tinha sido sequestrada por cerca de oito militares na sua casa na cidade de Martínez, em 11 de novembro, e que desde então não se tinha ouvido falar dela. Quando isso aconteceu, Micucci tinha 26 anos e ainda estava estudando biblioteconomia. García solicitou uma reunião urgente com o diretor-geral para discutir o que deveria ser feito pela Opas para proteger um funcionário do Serviço Civil Internacional. Acuña recusou-se a colaborar e acusou García de utilizar o Boletim do Comitê do Pessoal para agitar os ânimos, para mobilizar os empregados e para agir com “intenções maliciosas”.[100]

O conflito foi longe. García fez todo o possível para evitar que se impusesse a vontade do diretor, no sentido de impedir qualquer tipo de ação para interceder junto ao governo de fato na Argentina e de salvaguardar a integridade física de Micucci. Foram enviadas cartas a diversas entidades solicitando intervenção na causa: desde o alto comando da OMS até a Assembleia Permanente pelos Direitos Humanos. A partir desse momento, Acuña empreendeu em resposta uma série de ataques privados e públicos contra García e contra a Associação de Pessoal, que só passaram para o segundo plano quando, a finais de 1978, um retumbante escândalo de corrupção envolveu o próprio diretor.[101] A verdade é que o pedido sindical de reconhecimento do pessoal dos serviços gerais como “funcionários internacionais” implicava, para além de melhorias nas condições de trabalho, permanecer sob a proteção das disposições do Serviço Internacional, que era uma ferramenta muito útil para proteger aqueles colegas que trabalharam em países governados por ditaduras militares. É a isso que Alberto Pellegrini se refere quando fala em “rede de sobrevivência”. Na mesma entrevista, ele faz alusão ao trabalho sub-reptício realizado por García e Márquez na Opas:

> Sobrevivência, às vezes, no sentido literal. Houve pessoas que foram perseguidas por ditaduras, que sobreviveram graças a esse vínculo com Juan César, indo para outro país e sendo recebidas e contratadas por outro grupo no exílio. Houve vários casos desses, de pessoas que conseguiram estabelecer essa rede, na qual Juan César teve um papel muito importante.[102]

Infelizmente, no caso da funcionária do Cepanzo, devido ao desinteresse e à inação deliberada dos círculos mais conservadores que então governavam a

Opas, a Associação de Pessoal não contou com as ferramentas suficientes para conseguir o que buscava. Hoje, Viviana Micucci faz parte da longa lista de desaparecidos durante a última ditadura militar argentina.

O escândalo que em 1978 envolveu a figura do diretor-geral foi insistentemente denunciado pela Associação de Pessoal, à época já em pé de guerra com Acuña, chegando a ser publicado por vários meios da imprensa, incluindo o *Washington Post*. Acuña foi acusado de receber propinas do governo do Estado do México, de realizar gastos milionários sem comprovantes nem expedientes que o justificassem, de conceder bolsas de estudo a familiares de maneira discricionária etc. García possuía, inclusive, vários documentos que recebera através de cartas anônimas enviadas por "um funcionário preocupado com o destino de nossa organização", assinadas em Washington no final daquele ano, que falavam da existência de um folheto intitulado "Acuña, o Watergate da Opas".[h] Miguel Márquez diz que, devido às perseguições a que a direção-geral os sujeitou, García soube utilizar um pseudônimo (Aureliano Mierr) para assinar os documentos comprometidos com todas essas causas.

A MODO DE EPÍLOGO

Apesar de todos esses acontecimentos, a trajetória de Juan César García mostra também as porosidades de uma instituição que, como a Opas, permitiu abrigar esses intelectuais marxistas, inclusive no período mais espinhoso da Guerra Fria e da luta do governo norte-americano contra a Revolução Cubana. García soube mover-se com agilidade entre esses poros, utilizando-se de diferentes estratégias, conseguindo tecer uma rede de sanitaristas de esquerda a partir de Washington, o próprio centro da luta anticomunista. Por sua vez, García sempre manteve uma certa amplitude nas suas leituras, fato reconhecido por todos seus colegas. Ele não teve uma formação marxista precoce, mas a adquiriu com o tempo durante sua estada na Flacso e em Harvard, e também não se tornou um marxista ortodoxo. O brasileiro Jairnilson Silva Paim conheceu García pessoalmente em uma das reuniões da Association of Health Policy, realizada na Itália, com presença de Franco Basaglia e de Giovanni Berlinguer. Ele nos contou que esses encontros eram uma tentativa de reunir todos os pesquisadores que tivessem formação marxista em saúde e que García intercedia frequentemente para mediar posições entre o marxismo mais duro e aqueles que tinham uma posição menos radicalizada.[103]

Muitas das diretrizes hegemônicas da Opas durante as décadas de 1960 e 1970 baseavam-se na premissa da estreita relação entre saúde e economia. Horwitz, por exemplo, argumentava que políticas destinadas a melhorar a saúde da população eram necessárias para aumentar a produtividade e, portanto, o grau de desenvolvimento econômico do país. A mensagem para os governos era que o gasto em saúde era de fato um investimento de médio e longo prazo. Mesmo mantendo, em muitos dos seus textos, um olhar economicista segundo a perspectiva do materialismo histórico, García fazia uma leitura completamente diferente. Olhando para trás, remontando ao século XIX, ele percebia nas políticas de saúde construídas a partir do higienismo e do sanitarismo mais verticalista uma intenção de controle social e, consequentemente, de manutenção do *status quo*. E foi por meio dessa leitura que os textos de Foucault conseguiram se amalgamar ao marxismo, já que ambos analisavam esses dispositivos como maquinarias de produção de corpos dóceis e úteis. Esse cruzamento emergia de um olhar de longa duração, que estendia a análise às raízes das sociedades modernas: nesse sentido, como Foucault sinalizaria ironicamente, não havia uma grande diferença entre ser historiador e ser marxista.[104]

Agora é hora de explicar que este artigo teve origem numa comunicação telefônica que Lígia Vieira da Silva teve com um dos seus autores. Nessa conversa informal, ela estava interessada em saber se Juan César García carregava sua formação marxista com antecedência ao seu ingresso na Opas. Um projeto de sua autoria sobre a construção do movimento da saúde coletiva no Brasil tinha gerado essa inquietação e ela ansiava por uma pesquisa que a respondesse. Ao indagar sobre isso na entrevista com Márquez, ele confessou que tinha perguntado a Juan César García como ele tinha se aproximado do marxismo e que seu amigo tinha respondido: "por aproximações e por método".[105] Nós reconstruímos aqui essas aproximações sucessivas e a maneira como ele tentou transmitir suas convicções a partir da Opas, apesar de não concordar com boa parte das linhas que emanavam da direção. A medicina social latino-americana, segundo Juan César García, não era uma mera ferramenta de desenvolvimento econômico, mas um campo de possibilidades para a transformação das sociedades, mudanças que só poderiam ser desencadeadas através de um trabalho de formiga: formando recursos locais, promovendo espaços de discussão, melhorando os canais de formação dos profissionais e construindo redes de todos os tipos. Ele dedicou sua vida e grande parte dos seus esforços a essa convicção.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à professora Lígia Vieira da Silva (Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia) pela pergunta que deu origem a este trabalho, pela entrevista concedida em Salvador em junho de 2010 e pela bibliografia disponibilizada na ocasião. Agradecemos também a colaboração dos outros entrevistados: Jairnilson Silva Paim, Francisco Rojas Ochoa, Miguel Márquez, Everardo Nunes, Héctor Buschiazzo, Oscar Laborde, Carlos Durán, Néstor Coletto e María Luisa Gainza. Agradecemos à presidenta da Fundação Internacional "Juan César García", Elizabeth Falconi, por ter nos fornecido o catálogo da biblioteca pessoal de García, doada a essa fundação. À família de Juan César García, em especial à sua irmã "Cuca" (María Martina García), agradecemos pelo tempo, predisposição e acesso a diversos materiais que fazem parte do seu acervo privado. Por último, devemos reconhecer a contribuição de Carlos Gallego, sem cuja ajuda nossa chegada até a família e seus companheiros de Necochea teria sido impossível.

NOTAS FINAIS

a. Referimo-nos a Carlos Di María, quem esteve a cargo do colégio entre 1940 e 1950.[106]

b. Arquivo da DIPBA sob guarda da Comissão Provincial pela Memória. O arquivo é um extenso e pormenorizado registro da espionagem político-ideológica sobre homens e mulheres ao longo de meio século. A DIPBA foi criada em agosto de 1956 e funcionou até que, no contexto de uma reforma da polícia da Província de Buenos Aires, foi dissolvida e seu arquivo foi fechado no ano 1998. Em dezembro do ano 2000, o governo estadual transferiu o arquivo para a Comissão Provincial pela Memória, para fazer dele um "centro de informação com acesso público tanto para os afetados diretos quanto para toda pessoa interessada em desenvolver atividades de pesquisa e divulgação" (Lei nº 12.642). Os documentos aqui utilizados pertencem à mesa A, fator estudantil, isto é, o setor do acervo onde ficaram registradas as atividades de inteligência e perseguição ao movimento estudantil de La Plata. Mais informações em: http://www.comisionporlamemoria.org/archi-vo/?page_id=3.

c. O relatório está datado em 17 de setembro de 1954. Nele explica-se que Ader ganhou com 297 votos, seguida por Liberdade e Reforma, com 224 votos, e, em último lugar, pela Agremiação Unitária Medicina, com 51 votos.[107]

d. Segundo consta em *La educación médica en la América Latina*[108] eles eram os doutores: Mabel Munist e José María Paganini (Argentina); Orlando Montero Vaca (Bolívia); Guilherme Abath, Celia Lúcia Monteiro de Castro, Hesio Cordeiro, Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão e Guilherme Rodriguez da Silva (Brasil); Tito Chang Peña (Centro-América e Panamá); Alfredo Hidalgo e Celia Lúcia Monteiro de Castro (Chile); Raúl Paredes Manrique (Colômbia); Miguel Márquez (Equador e República Dominicana); Victor Laroche e Raoul Pierre-Louis (Haiti); Miguel Gueri (Jamaica); José Alvarez Manilla (México); Raúl P. Avila (Paraguai); Mario León e Luis Ángel Ugarte (Peru); Obdulia Ebole (Uruguai); Edgar Muñoz e Carlos Luis González (Venezuela).

e. A Fundação Internacional de Ciências Sociais e Saúde "Juan César García" foi constituída com sede em Quito pouco depois da sua morte. A biblioteca pessoal de García na sua residência de Washington foi doada a essa instituição, embora depois tenha sido declarada "fundo histórico" e atualmente conforme a seção especial "Juan César García" na Biblioteca da Universidade Andina Simón Bolívar.

f. Durante uma entrevista coletiva, realizada na casa de Anamaria Tambellini, um dos presentes explicou que a decisão de Arouca de ir de Campinas para o Rio de Janeiro teve a ver com Juan César García, "quem acabou decidindo que Rio de Janeiro seria o centro" aonde iriam se trasladar as discussões da medicina social.[109]

g. Junto a Sérgio Arouca e Sônia Fleury, Juan César García impulsou a publicação de um livro que difundia os avanços do sistema de saúde cubano. O livro foi publicado quase simultaneamente em português[110] e em espanhol.[111]

h. Cartas pertencentes ao acervo particular de Miguel Márquez.

REFERÊNCIAS

1 GALEANO, D.; TROTTA, L.; SPINELLI, H. Juan César García y el movimiento latinoamericano de medicina social: notas sobre una trayectoria de vida. Tradução: Ana María Rico. *Salud Colectiva*, Rosario, v. 7, n. 3, p. 285-315, 2011.

2 PAIM, J. S. *Desafíos para la Salud Colectiva en el Siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2011.

3 FOUCAULT, M. Nacimiento de la medicina social. *In*: OBRAS Escogidas. Barcelona: Paidós, 1999. v. 2, p. 363-384.

4 Publicada na coletânea organizada por Everardo Duarte Nunes: As ciências sociais em Saúde na América Latina. *OPAS*, Brasília, DF, p. 1-28, 1985 (N. T.).

5 GARCÍA, J. C. Juan César García entrevista Juan César García (1984). *In*: NUNES, E. *Las ciencias sociales en salud en América Latina*: tendencias y perspectivas. Montevidéu: OPS-CIESU, 1986. p. 21-29. (p. 22).

6 PAIM, J. S. *Desafíos para la Salud Colectiva en el Siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2011.

7 ÁLVAREZ, C. A. *Saberes y prácticas médicas en la Argentina*. Un recorrido por historias de vida. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, 2008.

8 BOURDIEU, P. La ilusión biográfica. *In*: BOURDIEU, P. *Razones prácticas*. Sobre la teoría de la acción. Barcelona: Anagrama, 1997. p. 74-83.

9 GARCÍA, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Washington, D.C.: OPS: OMS,1977.

10 Carlos Durán, colega da escola secundária de Juan César García: entrevista realizada em julho de 2010 em Necochea, Província de Buenos Aires, Argentina. Entrevistadores: Lucía Trotta e Carlos Gallego. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús.

11 Néstor Coletto, colega da escola secundária de Juan César García: entrevista realizada em outubro de 2010 em Necochea, Província de Buenos Aires, Argentina. Entrevistador: Carlos Gallego. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús.

12 María Martina García, irmã de Juan César García: entrevistas realizadas em abril e maio de 2010 em La Plata, Província de Buenos Aires. Entrevistador: Diego Galeano. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús.

13 Oscar Laborde, primo de Juan César García: entrevista realizada em junho de 2010 em Buenos Aires, Argentina. Entrevistador: Diego Galeano. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús.

14 Miguel Márquez, Organização Pan-Americana da Saúde: entrevista realizada em outubro de 2010 em Havana, Cuba. Entrevistador: Hugo Spinelli. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2011. Ver em: http://www.unla.edu.ar/espacios/institutoSaludcolectiva/cedops/3medicinasocialysaludcolectiva.php.

15 Carlos Durán, colega da escola secundária de Juan César García: entrevista realizada em julho de 2010 em Necochea, Província de Buenos Aires, Argentina. Entrevistadores: Lucía Trotta e Carlos Gallego. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús.

16 BEN, D. J. El crecimiento de las profesiones y el sistema de clase. *In*: BENDIX, R.; LIPSET, S. M. *Clase, estatus y poder*. Madri: Foessa, 1972. Tomo 2.

17 TENTI FANFANI, E.; GÓMEZ CAMPOS, V. *Universidad y profesiones*. Buenos Aires: Miño y Dávila, 1990.

18 María Martina García, irmã de Juan César García: entrevistas realizadas em abril e maio de 2010 em La Plata, Província de Buenos Aires. Entrevistador: Diego Galeano. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús.

19 María Luisa Gainza, colega da Escola de Periodismo de Juan César García: entrevista realizada em maio de 2010 em La Plata, Argentina. Entrevistador: Diego Galeano. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús.

20 KROTSCH, P. *Educación superior y reformas comparadas*. Buenos Aires: UNQUI, 2003.

21 MIGNONE, E. Título académico, habilitación profesional e incumbencias. *Pensamiento Universitario*, [*s. l.*], v. 4, n. 4-5, p. 83-99, 1996.

22 BUCHBINDER, P. *Historia de las universidades argentinas*. Buenos Aires: Sudamericana, 2005. p. 137-138.

23 PRONKO, M. Estudiantes, universidad y peronismo: el triángulo imperfecto. *Pensamiento Universitario*, [*s. l.*], v. 9, n. 9, p. 78-81, 2001. p. 79.

24 HALPERÍN DONGHI, T. *Historia de la Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Eudeba, 1962. p. 150.

25 BUCHBINDER, P. *Historia de las universidades argentinas*. Buenos Aires: Sudamericana, 2005. p. 160.

26 ORTIZ, F. E. *Hombres y cosas de la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata*. Período 1919-1955. La Plata: Quirón, 1995.

27 María Martina García, irmã de Juan César García: entrevistas realizadas em abril e maio de 2010 em La Plata, Província de Buenos Aires. Entrevistador: Diego Galeano. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús.

28 Archivo de la DIPBA. Mesa A, factor estudiantil, Leg. n. 1 (Fulp), La Plata. [Fundo documental]. Localizado em: Comisión por la Memoria, Centro de Documentación y Archivo, La Plata.

29 ORTIZ, F. E. *Hombres y cosas de la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata*. Período 1919-1955. La Plata: Quirón, 1995.

30 Os locais de reunião do Partido Justicialista são chamados dessa forma (N. T.).

31 Trata-se de uma referência ao Partido Justicialista, liderado por Juan Domingo Perón, quem naquele momento ocupava a presidência do país, cargo que ocupou em três ocasiões (1946-1952, 1952-1955 – interrompido por um golpe militar – e 1973-1974, mandato inconcluso por sua morte). Inspirado em três princípios ou "bandeiras" (justiça social, soberania política e independência econômica), o movimento de base popular e sindical liderado por Perón foi oficializado sob a denominação partidária de "Partido Justicialista" (N. T.).

32 Archivo de la DIPBA. Mesa A, factor estudiantil, Leg. n. 1 (Fulp), La Plata. [Fundo documental]. Localizado em: Comisión por la Memoria, Centro de Documentación y Archivo, La Plata.

33 Archivo de la DIPBA. Mesa A, factor estudiantil, Leg. n. 39 (CEM), La Plata. [Fundo documental]. Localizado em: Comisión por la Memoria, Centro de Documentación y Archivo, La Plata.

34 Héctor Buschiazzo, colega da Facultad de Ciencias Médicas de Juan César García: entrevista realizada em junho de 2010 em La Plata, Argentina. Entrevistadora: Lucía Trotta. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús.

35 Em espanhol, "rector" é o dirigente da universidade e "decano" é o dirigente da faculdade. "Interventor" significa que o dirigente não foi eleito pela comunidade universitária, mas indicado pelo governo a fins de "normalização" da instituição (N. T.).

36 ORTIZ, F. E. *Hombres y cosas de la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata*. Período 1955-1994. La Plata: Editorial de la UNLP, 1997. p. 17-18.

37 SIGAL, S. *Intelectuales y poder en la década del sesenta*. Buenos Aires: Puntosur Ediciones, 1991. p. 54.

38 CALDELARI, M.; FUNES, P. La Universidad de Buenos Aires, 1955-1966: lecturas de un recuerdo. *In*: OTEIZA, E. (coord.). *Cultura y política en los años '60*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani – Facultad de Ciencias Sociales, Oficina de Publicaciones del CBC –Universidad de Buenos Aires, 1997.

39 GARCÍA, J. C. Juan César García entrevista Juan César García (1984). *In*: NUNES, E. *Las ciencias sociales en salud en América Latina*: tendencias y perspectivas. Montevidéu: OPS-CIESU, 1986. p. 21-29.

40 FUENZALIDA FAIVOVICH, E. *La primera FLACSO (1957-1966)*: cooperación internacional para la actualización de la sociología en América Latina. Recuerdos de la FLACSO. Chile: FLACSO, 2007. Ver em: https://issuu.com/flacso.chile/docs/2008_7_flacso.

41 FRANCO, R. *La FLACSO Clásica (1957-1973)*: vicisitudes de las ciencias sociales en América Latina. Chile: Catalonia, 2007. p. 73. Ver em: http://issuu.com/flacso.chile/docs/la_flacso_clasica.

42 GARCÍA, J. C. *Variación en el grado de anomia en la relación médico-paciente en un hospital*. 1961. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado) – Faculdade Latino-Americano de Ciências Sociais, Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Chile, 1961.

43 GARCÍA, J. C. Sociología y medicina: bases sociológicas de la relación médico-paciente. *Cuadernos Médico Sociales*, [*s. l.*], v. 4, n. 1-2, p. 11-16, 1963.

44 GARCÍA, J. C. Comportamiento de las elites médicas en una situación de subdesarrollo. *Cuadernos Médico Sociales*, [*s. l.*], v. 5, n. 1, p. 20-25, 1964.

45 FIGUEROA, J. L. El pensamiento latinoamericanista de Juan César García. *In*: MÁRQUEZ, M.; ROJAS OCHOA, F. (comp.). *Juan César García*: su pensamiento en el tiempo, 1984-2007. Havana: Sociedad Cubana de Salud Pública, 2007. p. 29-32.

46 FERREIRA, J. R. La educación médica en América Latina y el pensamiento de Juan César García. *In*: MÁRQUEZ, M.; ROJAS OCHOA, F. (comp.). *Juan César García*: su pensamiento en el tiempo, 1984-2007. Havana: Sociedad Cubana de Salud Pública, 2007. p. 77-81.

47 LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. *In*: FINKELMAN, J. (org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 24-116.

48 ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde*: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

49 GARCÍA, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Washington, D.C.: OPS-OMS, 1977. p. 2.

50 Miguel Márquez, Organização Pan-Americana da Saúde: entrevista realizada em outubro de 2010 em Havana, Cuba. Entrevistador: Hugo Spinelli. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2011. Ver em: http://www.unla.edu.ar/espacios/institutoSaludcolectiva/cedops/3medicinasocialysaludcolectiva.php.

51 LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. *In*: FINKELMAN, J. (org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 24-116.

52 GARCÍA, J. C. Juan César García entrevista Juan César García (1984). *In*: NUNES, E. *Las ciencias sociales en salud en América Latina*: tendencias y perspectivas. Montevidéu: OPS: CIESU, 1986. p. 21-29. (p. 20).

53 NUNES, E. Nota del editor. *In*: NUNES, E. D.; GARCÍA, J. C. *Las ciencias sociales en salud en América Latina*: tendencias y perspectivas. Montevidéu: OPS: CIESU, 1986. p. 15-17. (p. 19).

54 Miguel Márquez, Organização Pan-Americana da Saúde: entrevista realizada em outubro de 2010 em Havana, Cuba. Entrevistador: Hugo Spinelli. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2011. Ver em: http://www.unla.edu.ar/espacios/institutoSaludcolectiva/cedops/3medicinasocialysaludcolectiva.php.

55 Everardo Nunes, Universidade Estadual de Campinas: entrevista realizada em abril de 2011, Campinas, Brasil. Entrevistadores: Diego Galeano e Lucía Trotta. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús.

56 Francisco Rojas Ochoa, Universidade de Havana: entrevista realizada em julho de 2010 em Buenos Aires, Argentina. Entrevistadores: Diego Galeano e Lucía Trotta. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2011. Ver em: http://www.unla.edu.ar/espacios/institutoSaludcolectiva/cedops/3_medicina_social_y_saludcolectiva.php.

57 Jairnilson Silva Paim, Universidade Federal da Bahia: entrevista realizada em junho de 2010 em Salvador, Bahia, Brasil. Entrevistador: Diego Galeano. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús. Ver em: http://www.unla.edu.ar/espacios/institutoSaludcolectiva/cedops/3medicina_socialysaludcolectiva.php.

58 Everardo Nunes, Universidade Estadual de Campinas: entrevista realizada em abril de 2011, Campinas, Brasil. Entrevistadores: Diego Galeano e Lucía Trotta. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús.

59 NUNES, E. Nota del editor. *In*: NUNES, E. D.; GARCÍA, J. C. *Las ciencias sociales en salud en América Latina*: tendencias y perspectivas. Montevidéu: OPS: CIESU, 1986. p. 15-17.

60 ATA DE OURO PRETO. Constitución da Asociación Latinoamericana de Medicina Social. *Revista Medicina Social*, [*s. l.*], v. 4, n. 4, p. 263-264, 2009.

61 MERCER, H. Las contribuciones de la sociología a la investigación en salud. *In*: NUNES, E. *Ciencias Sociales y Salud en la América Latina*: tendencias y perspectivas. Montevidéu: OPS: CIESU, 1986. p. 231-245.

62 Miguel Márquez, Organização Pan-Americana da Saúde: entrevista realizada em outubro de 2010 em Havana, Cuba. Entrevistador: Hugo Spinelli. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2011. Ver em: http://www.unla.edu.ar/espacios/institutoSaludcolectiva/cedops/3medicinasocialysaludcolectiva.php.

63 Beldarraín Chaple E. Henry E. Sigerist y la medicina social occidental. *Revista Cubana Salud Pública*, Havana, v. 28, n. 1, p. 62-70, 2003.

64 GARCÍA, J. C. Las ciencias sociales en medicina. *In*: NUNES, E. *Pensamiento social en Salud en América Latina*. México, DF: OPS-Interamericana, 1994.

65 GARCÍA, J. C. Las ciencias sociales en medicina. *In*: NUNES, E. *Pensamiento social en Salud en América Latina*. México, DF: OPS-Interamericana, 1994. p. 21.

66 MÁRQUEZ, M. Presentación. *In*: MÁRQUEZ, M.; ROJAS OCHOA, F. (comp.). *Juan César García*: su pensamiento en el tiempo, 1984-2007. Havana: Sociedad Cubana de Salud Pública; 2007. p. 21-26.

67 Everardo Nunes, Universidade Estadual de Campinas: entrevista realizada em abril de 2011, Campinas, Brasil. Entrevistadores: Diego Galeano e Lucía Trotta. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús.

68 Alberto Pellegrini Filho: entrevista completa. Entrevistadores: Carlos Henrique Assunção Paiva e Gilberto Hochman. Rio de Janeiro: História da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para Saúde, Fiocruz, 2005. Ver em: http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/fontes/alpeEntrevista.htm.

69 AROUCA, S. *El dilema preventivista*. Contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2008.

70 AROUCA, S. *El dilema preventivista*. Contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2008.

71 Sarah Escorel. Entrevistadores: Guilherme Franco Netto e Regina Abreu. Rio de Janeiro: Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2005. Ver em: http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos/depoimentosarahescorel.htm.

72 Carlyle de Macedo: entrevista completa. Entrevistadores: Carlos Henrique Assunção Paiva, Fernando A. Pires-Alves, Gilberto Hochman e Janete Lima de Castro. Rio de Janeiro: História da Cooperação Técnica OPAS-Brasil em Recursos Humanos, Fiocruz, 2005. Ver em: http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/fontes/cargueEntrevista.htm.

73 Nelson Rodrigues. Entrevistador: Guilherme Franco Netto. Rio de Janeiro: Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2005. Ver em: http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos/depoimentonelsonrodrigues.htm.

74 Francisco Rojas Ochoa, Universidade de Havana: entrevista realizada em julho de 2010 em Buenos Aires, Argentina. Entrevistadores: Diego Galeano e Lucía Trotta. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2011. Ver em: http://www.unla.edu.ar/espacios/institutoSaludcolectiva/cedops/3_medicina_social_y_saludcolectiva.php.

75 NUNES, E. Las ciencias sociales en los planes de estudio de graduación y posgraduación. *In*: NUNES, E. (ed.). *Ciencias sociales y salud en la América Latina*: tendencias y perspectivas. Montevidéu: OPS: CIESU, 1986. p. 443-475.

76 Roberto Passos Nogueira: entrevista completa. Entrevistadores: Carlos Henrique Assunção Paiva e Janete Lima de Castro. Rio de Janeiro: História da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para Saúde, Fiocruz, 2006. Ver em: http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/fontes/ronoEntrevista.htm.

77 VIEIRA, N. A dupla vinda de Foucault ao Brasil. *Itinerários*, [*s. l.*], n. 9, p. 81-89, 1996.

78 FOUCAULT, M. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1974. (Cadernos da PUC/RJ, n. 16).

79 Miguel Márquez, Organização Pan-Americana da Saúde: entrevista realizada em outubro de 2010 em Havana, Cuba. Entrevistador: Hugo Spinelli. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2011. Ver em: http://www.unla.edu.ar/espacios/institutoSaludcolectiva/cedops/3medicinasocialysaludcolectiva.php.

80 AROUCA, S.; MÁRQUEZ M. Medicina e historia. El pensamiento de Michel Foucault. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1978. (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos, n. 23)

81 RODRIGUES, H. B. C. Uma medicina... sempre social? Primeiras incursões à presença de Michel Foucault no Rio de Janeiro, 1974. *Historia Agora*, [*s. l.*], n. 10, p. 1-28, 2010.

82 FOUCAULT, M. Nacimiento de la medicina social. *In*: OBRAS Escogidas. Barcelona: Paidós, 1999. v. 2, p. 363-384. (p. 365-366).

83 Entrevista coletiva na casa de Anamaria Testa Tambellini. Entrevistadores: Guilherme Franco Netto e Regina Abreu. Rio de Janeiro: Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2004. Ver em: http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos/depoimentoscoletivos2.htm.

84 GARCÍA, J. C. Medicina y Sociedad: las corrientes del pensamiento en el campo de la salud. *In*: GARCÍA, J. C. *Pensamiento social en salud en América Latina*. México, DF: Interamericana: Mc Graw Hill, 1994. p. 32-57. (p. 45).

85 CUETO, M. *O valor da saúde*. História da Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

86 GARCÍA, J. C. La enfermedad de la pereza. *In*: GARCÍA, J. C. *Pensamiento social en salud en América Latina*. México, DF: Interamericana: Mc Graw Hill, 1994. p. 150-171.

87 CUETO, M. *O valor da saúde*. História da Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.p. 150.

88 ASSUNÇÃO PAIVA, C. H. *A Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a reforma de recursos humanos na saúde na América Latina (1960-1970)*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

89 CUETO, M. *O valor da saúde*. História da Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 147.

90 Mario Testa, delegado interventor da Faculdade de Medicina e decano até maio de 1974: entrevista realizada em agosto de 2010 em Buenos Aires, Argentina. Entrevistadora: Ana Laura Martin. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús. Ver em: http://www.unla.edu.ar/espacios/institutoSaludcolectiva/cedops/4institutodemedicinadeltrabajo.php.

91 Alberto Pellegrini Filho: entrevista completa. Entrevistadores: Carlos Henrique Assunção Paiva e Gilberto Hochman. Rio de Janeiro: História da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para Saúde, Fiocruz, 2005. Ver em: http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/fontes/alpeEntrevista.htm.

92 Alberto Pellegrini Filho: entrevista completa. Entrevistadores: Carlos Henrique Assunção Paiva e Gilberto Hochman. Rio de Janeiro: História da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para Saúde, Fiocruz, 2005. Ver em: http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/fontes/alpeEntrevista.htm.

93 Alberto Pellegrini Filho: entrevista completa. Entrevistadores: Carlos Henrique Assunção Paiva e Gilberto Hochman. Rio de Janeiro: História da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para Saúde, Fiocruz, 2005. Ver em: http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/fontes/alpeEntrevista.htm.

94 José Roberto Ferreira: entrevista completa. Entrevistadores: Carlos Henrique Assunção Paiva e Janete Lima de Castro. Rio de Janeiro: História da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para Saúde, Fiocruz, 2006. Ver em: http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/fontes/jofeEntrevista.htm.

95 José Roberto Ferreira: entrevista completa. Entrevistadores: Carlos Henrique Assunção Paiva e Janete Lima de Castro. Rio de Janeiro: História da Cooperação Técnica Opas-Brasil em Recursos Humanos para Saúde, Fiocruz, 2006. Ver em: http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/fontes/jofeEntrevista.htm.

96 MÁRQUEZ, M. Presentación. *In*: MÁRQUEZ, M.; ROJAS OCHOA, F. (comp.). *Juan César García*: su pensamiento en el tiempo, 1984-2007. Havana: Sociedad Cubana de Salud Pública, 2007. p. 21-26.

97 Asociación de Personal OPS/OMS. Presentación del Dr. Márquez, Coordinador Subcomité del campo 27 Comité de Personal. Primer Encuentro de Representantes de Filiales de la Asociación de Personal OPS/OMS. Washington D.C., 19 a 22 de janeiro de 1978. Localizado em: acervo particular de Miguel Márquez, Havana.

98 Asociación de Personal OPS/OMS. Hechos que preocupan al personal: 28 Comité de Personal. 1978. Localizado em: acervo particular de Miguel Márquez, Havana.

99 Asociación de Personal OPS/OMS. La mayoría silenciosa se manifestó. Localizado em: acervo particular de Miguel Márquez, Havana.

100 Asociación de Personal OPS/OMS. Institutional Crisis in the WHO Regional Office of the Americas, 1976-1978. Localizado em: Acervo particular de Miguel Márquez, Havana.

101 Asociación de Personal OPS/OMS. Appeal of Dr. Juan César García and interveners. 1978 Dec 1. Localizado em: acervo particular de Miguel Márquez, Havana.

102 Alberto Pellegrini Filho: entrevista completa. Entrevistadores: Carlos Henrique Assunção Paiva e Gilberto Hochman. Rio de Janeiro: História da Cooperação Técnica OPAS-Brasil em Recursos Humanos para Saúde, Fiocruz, 2005. Ver em: http://www.coc.fiocruz.br/observatoriohistoria/opas/fontes/alpeEntrevista.htm.

103 Jairnilson Silva Paim, Universidade Federal da Bahia: entrevista realizada em junho de 2010 em Salvador, Bahia, Brasil. Entrevistador: Diego Galeano. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús Ver em: http://www.unla.edu.ar/espacios/institutoSaludcolectiva/cedops/3medicina_socialysaludcolectiva.php.

104 FOUCAULT, M. Entrevista sobre la prisión: el libro y su método. *In*: FOUCAULT, M. *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones de La Piqueta, 1992. p. 87-101. (p. 89).

105 Miguel Márquez, Organização Pan-Americana da Saúde: entrevista realizada em outubro de 2010 em Havana, Cuba. Entrevistador: Hugo Spinelli. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús, 2011. Ver em: http://www.unla.edu.ar/espacios/institutoSaludcolectiva/cedops/3medicinasocialysaludcolectiva.php.

106 Carlos Durán, colega da escola secundária de Juan César García: entrevista realizada em julho de 2010 em Necochea, Província de Buenos Aires, Argentina. Entrevistadores: Lucía Trotta e Carlos Gallego. Buenos Aires: Centro de Documentación Pensar en Salud, Universidad Nacional de Lanús.

107 Archivo de la DIPBA. Mesa A, factor estudiantil, Leg. n. 39 (CEM), La Plata. [Fundo documental]. Localizado em: Comisión por la Memoria, Centro de Documentación y Archivo, La Plata.

108 GARCÍA, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Washington, D.C.: OPS-OMS,1977.

109 Entrevista coletiva na casa de Anamaria Testa Tambellini. Entrevistadores: Guilherme Franco Netto e Regina Abreu. Rio de Janeiro: Memória e Patrimônio da Saúde Pública no Brasil: a trajetória de Sérgio Arouca, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2004. Ver em: http://www.memoriasocial.pro.br/linhas/arouca/depoimentos/depoimentoscoletivos2.htm.

110 SAÚDE e revolução: Cuba. Antologia de autores cubanos. Rio de Janeiro: Achiamé: CEBES, 1984.

111 ARAÚJO BERNAL, L.; LLORÉNS FIGUEROA, J. (coord.). *La lucha por la salud en Cuba*. México, DF: Siglo XXI Editores, 1985.

POSFÁCIO

ATUALIDADE DA TEORIA POLÍTICO-PEDAGÓGICA DE JUAN CÉSAR GARCÍA

criatividade, engajamento e autonomia

NAOMAR DE ALMEIDA FILHO[1]

> *Talvez o ideal fosse captar a atualidade como o rumor do lado de fora da janela, que nos adverte dos engarrafamentos do trânsito e das mudanças do tempo, enquanto acompanhamos o discurso dos clássicos, que soa claro e articulado no interior da casa.* (CALVINO, 1993, p. 15)

Além de profundidade analítica, rigor acadêmico e brilho intelectual, a medida de um clássico se revela na sua fertilidade histórica, no sentido de seu potencial para semear ideias e inspirar sujeitos, coletivos e movimentos na direção de uma construção transformadora. Segundo Ítalo Calvino, num antológico ensaio intitulado *Por que ler os clássicos* (1993),[2] um clássico não se produz nem se revela em um momento dado ou mediante algum episódio do seu presente, mas se destina e se projeta ao futuro. Ao se tornar clássica, uma obra não se prende ao passado; será referência para um porvir que, por definição, terá uma conjuntura diferente daquela de sua concepção. Numa perspectiva política de mudança histórica, uma obra, para ser clássica, precisa demonstrar ousadia e sentido antecipatório. Por tudo isso, *La educación médica en la América Latina*, obra-mestra de Juan César García, tornou-se sem dúvida um clássico no campo da saúde coletiva brasileira e latino-americana. Esse é o argumento central deste posfácio.

O estudo do panorama geral da educação médica latino-americana, conduzido pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) no final da década de 1960, pode ser avaliado em três dimensões: metodológica, sociológica e educa-

cional. A equipe de consultores convocada por Abraham Horwitz (1910-2000), então diretor-geral da Opas, e liderada posteriormente por García, propôs uma abordagem eclética, inovadora a seu tempo, adequada a um ambicioso projeto de pesquisa transnacional, complexo e multiorientado, concebido de modo sistemático e cuidadoso; porém, a questão metodológica da obra seminal de García não é objeto deste texto.

Neste posfácio, proponho-me a demonstrar que, particularmente na dimensão educacional, o pensamento de Juan César García incorpora vários avanços da vanguarda de seu tempo que, de muitas maneiras, permanecem atuais e, por conseguinte, pertinentes ao contexto contemporâneo. Em primeiro lugar, pretendo mostrar como, na interpretação dos achados daquele histórico estudo, García desenvolve uma teoria sociológica da educação baseada no referencial marxista, camuflado como uma "abordagem estrutural" antagônica, ponto a ponto, em relação ao funcionalismo positivista. Em segundo lugar, busco sistematizar o conjunto de elementos que permitem delinear uma teoria da educação baseada no materialismo-histórico, com forte influência do pensamento gramsciano, entre outras referências teóricas, formulada por García em contraposição ao que chama de "pedagogia idealista". Em terceiro lugar, destaco na obra de García alguns elementos político-pedagógicos que precisariam de tratamento analítico e um certo esforço de contextualização para poder avaliar sua efetiva contribuição para a educação profissional em saúde. Finalmente, apresento argumentos que valorizam a contribuição de Juan César García para a compreensão da dialética permanência-transformação na complexa relação educação-trabalho, sobretudo o papel das instituições encarregadas da formação de sujeitos críticos, criativos e engajados na luta histórica pela qualidade-equidade em saúde.

MODO DE PRODUÇÃO DE MÉDICOS E MÉDICAS

Rigorosamente fiel ao projeto marxista de compreender para transformar o mundo, a história, o trabalho e a vida a partir da base econômica da sociedade, García explicita uma proposta de análise da formação profissional como um processo produtivo similar ou equivalente ao processo de produção de mercadorias. No caso específico, trata-se da produção de médicos na sociedade capitalista, o que pode ser entendido como um caso particular da formação em geral de profissionais de saúde.

No momento inicial de sua apresentação teórica, ainda de modo esquemático, García introduz a expressão "modo de produção de médicos", superpondo-a

ao termo "modo de formação do médico", como homólogos ou equivalentes. Para García, o modo de produzir médicos(as) determina historicamente o que chama de "ordem institucional da educação médica", que, por sua vez, resultaria diretamente das formas de organização do trabalho médico. Segundo ele, para a compreensão da relação dialética entre a educação médica e o trabalho médico, inevitavelmente há que se recorrer ao estudo da sua variação ou evolução histórica. Nessa exploração de raízes históricas, a principal referência de García é Henry Sigerist (1891-1957), um dos mais influentes historiadores da medicina do século XX, fundador do Institute for the History of Medicine da Universidade Johns Hopkins.

A perspectiva garciana de análise estrutural-histórica demarca o "modo de formação do médico" em duas etapas evolutivas: 1) na antiguidade, o médico, homem, formava-se trabalhando como aprendiz ou ajudante de outro médico; 2) em eras posteriores, passa a ser formado em grupos institucionalizados.

No primeiro modelo, a aprendizagem resulta da participação operativa no exercício prático da profissão, numa relação mestre-aprendiz. Na época medieval, as universidades dedicavam-se a formar teólogos e juristas. Quem desejasse estudar medicina ou cirurgia (eram carreiras separadas) apenas podia fazê-lo em escolas separadas, com forte influência islâmica, ou trabalhando como discípulo-ajudante ou aprendiz de um prático, muitas vezes sem formação adequada. Conta-nos García que o ensino-aprendizagem e o processo de trabalho se encontravam intimamente relacionados nesse modo peculiar de produzir médicos que se pode designar como artesanal.

No segundo modelo, a aprendizagem se torna ensino, separado e até isolado do trabalho assistencial, com aspirantes a médico (homens, pois o exercício da medicina era interdito às mulheres) dedicados exclusivamente a estudar e, mesmo que de modo ainda embrionário, a pesquisar. Tal modelo evolui historicamente como formato característico da modernidade, articulado de modo orgânico ao emergente modo capitalista de produção. Implantado no mundo ocidental a partir do Iluminismo, sua forma particular de organização é a escola de medicina – em alguns contextos, aninhada numa universidade; em outros contextos, isolada como uma escola semiautônoma ou faculdade independente –, com estrutura administrativa e sistema de governança distintos das instituições de produção de assistência médica.

A separação entre estudo e trabalho, que provocara a dissociação entre educação médica e trabalho médico, teria ocorrido no fim da Idade Média, para a medicina, e durante o Iluminismo, para a cirurgia. Essa separação cria uma nova

ordem institucional, ao viabilizar uma primeira onda de massificação da educação médica que passa a ser ministrada por instituições reguladas e, em vários cenários, totalmente controladas pelo Estado burguês. García considera que esse distanciamento, e mesmo dissociação, constitui um dos problemas ainda cruciais da educação médica atual e que o aprofundamento dessa superação, juntamente com mudanças nas relações pedagógicas, levará a profundas transformações na formação médica.

Para García, o modo de produção de médicos(as) na sociedade capitalista periférica, hegemônico na época de realização do estudo e ainda vigente no contexto latino-americano, teria dois componentes principais, indissociáveis e articulados: 1. o processo de ensino e 2. as relações de ensino.

Processo de ensino

Processo de ensino pode ser definido como sequência ou conjunto de etapas sucessivas de formação que algum(a) postulante a essa carreira profissional passa para se transformar em médico(a). Para García, por homologia em relação à teoria econômica marxista, no processo de produção do ensino caberia distinguir atividades, meios e objetos de ensino. A transformação de um(a) estudante em profissional da medicina pressupõe uma atividade humana específica que se denomina "atividade de ensino". Sua execução requer certos meios materiais e formais, e a forma como se desenvolve inclui "métodos e técnicas de ensino", orientados para "objetos de ensino".

As atividades de ensino adotam duas formas: 1. as realizadas por professores(as) e 2. aquelas que são realizadas por estudantes. Os meios de ensino, em sua acepção mais ampla, incluem todas as condições materiais e imateriais que viabilizam o processo de ensino. Dessa forma, os meios compreendem os espaços, equipamentos e instrumentos utilizados na transformação do(a) estudante em médico(a). Isso implica domínio das formas de organização do processo de ensino ou sua metodologia. García propõe que a metodologia de ensino pode ser classificada em dois grandes grupos: 1. atividades teóricas, nas quais o(a) estudante recebe passivamente o ensino, incluindo aulas magistrais e demonstrações; e 2. atividades práticas, nas quais ele(a) participa ativamente do processo de ensino, incluindo trabalhos em laboratório, salas cirúrgicas, ambulatórios, serviços e outros ambientes de ensino.

García observa que, nos modelos curriculares estudados, predomina a concepção de que o objeto do ensino é o(a) estudante de medicina, cuja transformação se pretende realizar mediante atividades de ensino. Porém, numa mirada

crítica, avalia que o(a) estudante é somente mais um dos agentes do processo, que pode ser (e deveria ser) ao mesmo tempo objeto e sujeito das atividades de ensino. Assim, apesar de os modelos de ensino encontrados nas amostras do Projeto Opas colocarem o(a) estudante mais na condição de objeto do que de sujeito da ação de aprender, García conclui que será muito difícil separar as duas dimensões dos agentes de ensino, componentes essenciais da interação relacional e das articulações pertinentes ao processo de ensino no contexto latino-americano.

Para a análise do modelo de formação médica, focalizando particularmente as características do processo de ensino, García recorre ao economista marxista Samuel Bowles, então em Harvard e hoje associado ao Santa Fé Institute. Num estudo precoce dos rápidos e extraordinários sucessos educacionais da Revolução Cubana já na sua primeira década, Bowles (1971) apresenta uma crítica dos sistemas de avaliação competitiva da sociedade capitalista por privilegiar notas e qualificações em exames e testes, "de forma tal que se eclipsa qualquer interesse intrínseco no produto do próprio esforço – o conhecimento – ou no processo de produção – a aprendizagem".

Na verdade, o interesse maior de García encontra-se no que Bowles denomina de "conteúdo oculto da educação – os valores, as expectativas e os padrões de conduta que a escola estimula", que não fazem parte do currículo formal, mas que são compostos e se realizam de modo não manifesto nas relações sociais estabelecidas no próprio processo de ensino.[3]

Relações de ensino

Para García, a forma institucional assumida por um determinado modo de produção de médicos constitui a superestrutura desse processo produtivo peculiar, tendo como infraestrutura suas relações de ensino. Relações de ensino compreendem conexões ou vínculos que se estabelecem entre as pessoas que participam desse processo formativo. Nessa perspectiva, relações de ensino são a resultante dos papéis sociais que esses sujeitos desempenham no ensino médico. As modalidades, propriedades e características dessas relações configuram um conjunto de elementos que definem o modo de formação médica.

Pessoas que participam do ensino e que nele atuam como agentes do processo se relacionam entre si e com seu trabalho de acordo com o papel que desempenham. No modelo hegemônico, estudantes devem se vincular a docentes e a outros estudantes em uma forma preestabelecida ou normatizada que contribui, em parcela significativa, para o processo de definição do seu papel. Conclui García: "Por conseguinte, os indivíduos que ocupam posições estabelecidas no pro-

cesso de ensino não se relacionam entre si por serem indivíduos, e sim pelo papel específico que desempenham". (p. 272)

Concretamente, ainda consideradas de modo esquemático, as relações de ensino podem ser de dois tipos: 1. aquelas criadas entre os agentes de ensino e o processo de ensino em sua totalidade e 2. aquelas estabelecidas entre os próprios agentes de ensino. As primeiras compreendem relações técnicas e as outras constituem relações sociais ou, em particular, relações sociais de formação. As relações técnicas entre agentes de ensino e o processo de ensino se redefinem na prática de ensino-aprendizagem, de acordo com o papel de seus operadores, caso se trate de docentes ou de estudantes. As relações sociais de formação se dão entre distintas categorias docentes, entre diferentes grupos de estudantes ou ainda entre docentes e estudantes.

No modelo de formação médica estudado pelo Projeto Opas – e ainda predominante na América Latina –, para o(a) estudante a falta de controle de sua formação é, exclusiva ou predominantemente, "resultado lógico da aquisição de competência técnica" mediante o estabelecimento de relações técnicas de ensino, gerando a sensação de impossibilidade de mudança dessa situação. Comenta García que "Os conflitos e a falta de comunicação entre professores e estudantes não são necessariamente o resultado – como alguns autores consideram – de problemas de personalidade e de empatia, senão de uma estrutura de relações que impede o aluno de dirigir sua própria formação". (p. 279)

De modo geral, o modelo teórico proposto por García pretende explicar uma série de fenômenos desconsiderados ou secundarizados nas abordagens da formação médica como simples processo de armazenamento, organização e transmissão de conhecimentos. Nesse sentido, complementa a série de demarcações anteriormente expostas ao introduzir uma dimensão micropolítica referida a processos dialéticos de domínio-submissão que se configuram como relações sociais entre os agentes de ensino.

PEDAGOGIA DA TRANSFORMAÇÃO: PIAGET, GRAMSCI, FREIRE

Como vimos, para García a formação do(a) estudante se realiza objetivamente como um processo de transformação que, na conclusão do curso, produz um profissional. Ocorre que essa transformação se dá tanto na vertente cognitiva e no domínio de habilidades psicomotoras quanto na esfera das atitudes e afetos, o que hoje, não sem crítica, se chamaria de competências socioemocionais.[4] Numa perspectiva efetivamente pioneira, García pretende, com a obra, teoricamente

articular elementos de base histórico-estrutural, tais como a separação entre o ensino e o trabalho médico, ao conjunto simbólico de aspectos socioantropológicos, como "cultura estudantil" e "cultura profissional", por ele interpretados no referencial da ideologia profissional de classe social.

Nessa análise, se o objetivo da construção conceitual fosse uma compreensão global e concreta do processo de ensino, não haveria espaço para uma pedagogia idealista, entendida como aquela que distingue a "informação" da "formação". Ao fazê-lo, a pedagogia idealista separa a transformação cognitiva da transformação na área afetiva no processo de produção de profissionais. Conforme comenta García, "Esse enfoque conduz à crença, comum em muitas escolas de medicina, de que é possível transmitir conhecimentos isentos de juízos de valor e que o estudante pode assimilá-los sem os relacionar e integrar com sua perspectiva ideológica". (p. 72)

A integração das atividades de ensino com as atividades destinadas a transformar a realidade do setor saúde sempre constitui um processo pedagógico-político, conforme indicado desde o primeiro capítulo da obra de Juan César García. De fato, a análise política compreende um dos elementos-chave para a mudança ou recriação do processo de ensino. Nessa orientação, deve-se desconstruir o papel do(a) estudante e recriá-lo como um tipo de trabalhador(a) da saúde que, junto com outros membros da equipe de saúde, pode estabelecer objetivos e metas capazes de mudar uma dada situação de saúde, planejar ações para alcançá-los, realizar essa atuação como prática crítica e avaliar o resultado de tais ações. O aprendizado, nessa perspectiva, aparece como efeito principal de um processo de ensino baseado em criatividade, engajamento e autonomia.

Para o êxito dessa integração pedagógica e para se lograr uma efetiva transformação, tanto do sistema de ensino quanto do modo de produção do cuidado médico, García recomenda a aplicação do fundamento educacional por ele designado como "princípio da criatividade" numa perspectiva social grupal, sempre coletivamente; ou seja, a participação ativa do(a) estudante no espaço social, como ação coletiva de um grupo de trabalho que tem sob sua responsabilidade o cuidado à saúde de uma dada população. Trata-se aqui de uma interessante antecipação ou aplicação pioneira da ideia de *team-based learning*.[5]

Para a definição do princípio da criatividade, García recorre ao eminente psicólogo e educador suíço Jean Piaget (1896-1980), para quem o processo de conhecer e, por extensão, aprender significa muito mais do que fazer cópias mentais da realidade. Ressalta Piaget que o conhecimento de algo implica a capacidade de atuar sobre esse sujeito, objeto, processo ou evento, na medida em

que “conhecer é modificar, transformar o objeto e entender o processo de transformação e, consequentemente, entender a forma como esse objeto é construído”.[6] (p. 132)

O princípio da criatividade, tal como formulado por García, requer que o sujeito aprendente seja objetivamente capaz de intervir no contexto, na situação ou no objeto de ensino, transformando-o ou modificando-o num sentido de fato inovador. Criticamente, observa que o princípio da criatividade tem sido confundido com a ideia de aprendizagem ativa, que se refere à participação do estudante em atividades teóricas ou práticas que podem ser rigorosamente programadas. Para ele, o que se chama de aprendizagem ativa, ou aprender fazendo, se reconhece quando o(a) estudante participa de todas as tarefas de um programa de saúde previamente definidas pelo corpo docente ou por autoridades sanitárias. Em vez disso, ou em complemento a essa postura, García postula um aprendizado criativo ou “aprendizagem por transformação”, definido como a estratégia pedagógica na qual o(a) estudante identifica, analisa e compreende necessidades ou problemas de saúde da população, escolhe um problema delimitado como foco de sua atividade, planeja uma solução viável e executa o conjunto de atividades contempladas num plano de ação desenhado para resolver o problema.[7]

Para a estratégia da aprendizagem por transformação ganhar viabilidade será preciso atingir e manter um alto nível de engajamento do alunado, que implica o que García denomina de “princípio do engajamento”. Em sua formulação, esquemática, observa que esse princípio se baseia na constatação de que “estudantes aprendem aquilo que desejam aprender e têm dificuldade de aprender o que não lhes interessa”. Comenta que o contato precoce com pacientes, realizando todas as funções do médico no ambiente real dos serviços de saúde “estimularia, seguramente, o interesse do aluno por aprender outros aspectos menos interessantes”.

García observa que o ensino de medicina nos países da América Latina parece ter sistematicamente negligenciado estratégias de motivação baseada nesse princípio ao propor que o contato de estudantes com pacientes concretos, em situação real de cuidado, só aconteça nos últimos anos de formação. Com base nos achados do Projeto Opas, informa com pesar que a maioria das escolas estudadas se encontrava longe de compartilhar esse posicionamento.

Atendendo ao princípio do engajamento, seria recomendável inverter a relação entre teoria e prática adotada na maioria das escolas de medicina, que começa pela teoria, revisando fundamentos, princípios gerais e padrões científicos, deixando para momentos posteriores sua aplicação na realidade concreta da assistência médica, justamente o contrário do que considera ser um “processo natural de aquisição de conhecimentos”. Assinala enfim que se trata de um

dos problemas mais importantes da educação atual, ainda carente de solução na medida em que a aplicação de leis gerais a fenômenos concretos e particulares constitui a forma canônica aceita nas construções curriculares ainda hoje hegemônicas nas escolas médicas.

García constata que a educação médica adquire tal autonomia que chega a chocar com os requerimentos provenientes da prática médica. Propõe-se a analisar os aspectos micropolíticos dessa constatação, resultante da crença de que o(a) estudante é incapaz de apreciar de modo competente o processo de ensino com base na estrutura de microrrelações políticas envolvidas no processo, na qual o(a) estudante assume papel passivo e submete-se à autoridade docente. Considera evidente que estudantes não são espectadores(as) passivos(as) das atividades docentes nem objetos de manipulação de sistemas institucionais.

Em reforço ao argumento, García traz em nota de rodapé uma citação de Gramsci (1967) que vale a pena reproduzir: "A participação realmente ativa do aluno na escola pode existir unicamente se a escola estiver ligada à vida". Note-se que novamente não se trata apenas de participação ativa no processo de ensino, mas sim de "participação *realmente ativa* do aluno *na escola*" (GRAMSCI, 1967, grifo nosso), indicando um terceiro princípio, estruturante e articulador dos anteriores: o princípio da autonomia. Alinha-se, nesse ponto, a vários(as) educadores(as) críticos(as) – Paulo Freire à frente – que já vinham considerando pertinente e até indispensável a participação estudantil nas mudanças curriculares, nas avaliações dos planos de estudo, na gestão escolar e, em muitos casos, no próprio processo de ensino.

García considera que o problema parece residir na estrutura social predominante nas escolas, que conduz à formação de estratos com poderes diferentes, sendo que estudantes ocupam uma posição de menor poder, restando-lhes o papel de receptor passivo e conformado da atuação pedagógica de agentes de ensino. Uma forma de resolver essa situação seria a formação de grupos solidários ou coletivos políticos capazes de enfrentar, direta ou indiretamente, o corpo de professores consolidado como núcleo de poder técnico e regulador da burocracia pedagógica. Numa atualização para a conjuntura de agora, podemos dizer que, dessa maneira, o princípio da autonomia se estenderia para além da autonomia individual do sujeito em processo de aprendizagem para o empoderamento do corpo discente enquanto coletivo político participante ativo do processo de ensino.[8] Dessa forma, García redefine a ideia de aprendizagem ativa, ampliando seu escopo didático para um marco político-pedagógico mais ampliado.

Num plano mais especificamente pedagógico, García recorre a Grace Boggs (1970),[9] educadora que defendia um novo modelo de educação básica

sem matérias que, imaginava ele, poderia ser adaptado para a educação superior. Boggs (1970) propunha um programa educacional com base em problemas e projetos, sem currículos rígidos compostos por matérias ou disciplinas, como inglês ou álgebra ou geografia. Esse modelo implicava um novo tipo de relação docente-discente, horizontal e sem hierarquias, com intensa participação da comunidade. Essa escola transformada e transformadora deve ser organizada em grupos de estudantes reunidos(as) em equipes e trabalhando em oficinas. Orientados por docentes e monitores(as), estudantes seriam estimulados(as) a identificar necessidades ou problemas da comunidade; a partir daí, poderiam escolher certa necessidade ou problema e planejar um programa para sua solução e executar os passos envolvidos no planejamento. Ao completar todo esse processo, de acordo com as investigações educacionais, estudantes poderiam adquirir, de forma natural e espontânea, como parte de um processo real de ensino-aprendizagem, habilidades e conhecimentos necessários para a solução dos problemas identificados no cotidiano problematizador.

Conforme desenvolvido especialmente no capítulo 5, García valoriza e aperfeiçoa esse modelo, indicando que, ao tomar a comunidade como laboratório, estudantes não estariam restritos(as) às salas de aulas e que, em contrapartida, as salas e laboratórios passariam a constituir parte da comunidade. Nesse modelo de ensino, diferentemente do que ocorre na atualidade, alunos(as) teriam oportunidade de assumir e exercer responsabilidades para identificar problemas e demonstrar criatividade para propor e testar soluções. Nesse processo, contam com professores(as) como conselheiros(as) e orientadores(as) para a busca de conhecimento e como instrutores(as) para treiná-los em habilidades específicas necessárias para solucionar ou ao menos lidar com os problemas identificados.

Como possibilidade extrema porém viável, García admite que a transformação do(a) aspirante a profissional de medicina poderia ocorrer mediante a iniciativa e com a atividade autodidata do(a) estudante, a depender da adoção de novos instrumentos e materiais de ensino e metodologias pedagógicas inovadoras, resultando na incorporação, operação e desenvolvimento independentemente do processo de ensino. Entretanto, para poder realizar tais experiências deveria haver um desenvolvimento paralelo dos materiais ou instrumentos de ensino. Para García, o aperfeiçoamento das máquinas de ensino poderia minimizar a intervenção docente, exceto para a programação dos mencionados instrumentos.[10]

ASPECTOS PEDAGÓGICO-POLÍTICOS

Para García, como vimos anteriormente, a estrutura econômica e as relações sociais de produção são determinantes do modo de produção de médicos(as) e, por extensão, de trabalhadores(as) da saúde. Portanto, os princípios pedagógicos discutidos e outros fundamentos educacionais deveriam sempre levar em conta tendências do processo produtivo, dinâmica do mercado de trabalho e reprodução social das profissões. Nesse aspecto, fatores econômicos, políticos, sociais e familiares interferem com a escolha de carreira profissional e com o processo educacional em geral.

Notadamente no capítulo 4 de sua obra, García avalia que a decisão de estudar medicina seria influenciada por condições e fatores muito distantes das necessidades reais da sociedade, podendo-se observar um conflito evidente entre interesses individuais e interesses coletivos. Em certa medida, isso implica um tipo particular de alienação ou falta de consciência acerca da função social dos cursos universitários na formação de intelectuais orgânicos de elites profissionais de mercado ou de Estado.

García observa que são poucos os exemplos de experiências educacionais que compreendem efetivas inovações em estrutura e formatos curriculares e promovem novas relações de ensino no âmbito universitário. Assim como o curso médico da Universidade Johns Hopkins serviu de paradigma para Abraham Flexner (1866-1959) na elaboração do seu famoso relatório à Carnegie Foundation for the Advancement of Learning (1910), a Escola de Medicina da Universidade Western Reserve de algum modo funcionou como padrão-ouro para a análise de Juan César García. O programa de ensino médico da Western Reserve, implantado a partir de 1952, dividia-se em três fases: primeiro, estudo da estrutura, função, crescimento e desenvolvimento do ser humano normal; segundo, estudo de alterações da estrutura, função, crescimento, desenvolvimento da doença; terceiro, aplicação clínica do conhecimento aprendido nas duas primeiras fases. Superando a estrutura curricular baseada em disciplinas, foram criadas novas unidades de ensino, definidas segundo o critério de aparelhos e sistemas. Duas inovações na racionalização do ensino foram amplamente difundidas nas décadas seguintes: o sistema de módulos (*blocks*) e os estágios (*clerkships*). Essa última modalidade de ensino permitia ao estudante exercer funções assistenciais, limitadas e supervisionadas, em campos de prática na rede assistencial.

Apesar de reconhecer que a integração de certos aspectos significava necessariamente a exclusão de outras possibilidades de inovação curricular e pedagógica,

García assumiu o enfoque protointerdisciplinar de “curso modular integrado” como paradigma de curso médico, base de comparação para os cursos analisados em seu estudo. Além disso, em relação a conteúdos, já que na época ainda não se falava em ensino por competências, tomou como referência a série de recomendações para o ensino das diversas especialidades médicas elaboradas por um conjunto de Comitês de Experts da Opas/Organização Mundial da Saúde (OMS). Achava ele que a aplicação do modelo descrito, ou similar, deveria acelerar e melhorar o processo de aprendizagem e evitar conflitos inerentes ao modo de formação corrente à época.

Ao analisar os dados do Projeto Opas, García adiantou a hipótese de que as mudanças esperadas no processo de ensino, orientadas pela aplicação de inovações, tecnologias e metodologias geradas pelo desenvolvimento das ciências educacionais, como, por exemplo, o modelo radical de educação emancipatória de Boggs (1970) citado, não teriam qualquer chance de sucesso, porque o contexto interno das escolas médicas não permitiria sua aplicação. Isso teria ocorrido com o chamado ensino criativo, no qual o(a) professor(a) desempenharia o papel de “conselheiro(a)” ou “especialista” e, em consequência, desapareceria a diferença de poder entre docentes e estudantes. Ainda que esse método de ensino pudesse melhorar a qualidade do ensino-aprendizagem, não seria possível aplicá-lo, porquanto a estrutura política das escolas de medicina, que se baseia numa hierarquia de autoridade à qual o(a) aluno(a) se encontra subordinado(a), teria uma contradição de fundamento em relação aos princípios da criatividade, do engajamento e da autonomia.

Por tudo o que foi até aqui exposto, note-se a ousadia quase premonitória de uma obra clássica, antecipando temas atuais e oportunos relacionados à consolidação do campo de práticas e saberes que veio a se chamar saúde coletiva.

A CRÍTICA DE UM CLÁSSICO

Clássicos merecem críticas; para isso servem clássicos. Clássicos aceitam críticas; por isso se tornam clássicos.[11] O fato de uma obra extravasar sua referência temporal e seu campo temático, exibindo vitalidade mesmo em tempos futuros e mostrando utilidade na demarcação de objetos outros, objetos emergentes, permite revelar contradições, inconsistências e lacunas que, em nenhum momento, diminuem sua relevância política e significância histórica. Neste momento, neste caso, sobre esta obra, argumentos críticos valorizam a contribuição de Juan César García para melhor compreensão da dialética permanência-transformação na

complexa relação educação-trabalho, reafirmando sua posição de clássico do campo da saúde coletiva.

Inicialmente desenvolvida no capítulo 2, a noção de processo de ensino é lacunar, pois falta o componente aprendizagem como efeito das relações sociais e institucionais incorporadas na educação formal profissional. Isso contradiz a própria perspectiva totalizante de análise de García. A partir daí, seria possível verificar outras contradições e lacunas, para além do esquematismo de uma teoria sociológica da educação como modo de produção de profissionais no capitalismo moderno.

Apesar de usar a terminologia marxista, delineando a dinâmica entre processo de ensino e relações sociais de ensino por analogia ao processo de produção e às relações sociais de produção, em repetidas oportunidades García cautelosamente prefere não revelar que as raízes de seu modelo teórico se encontram no materialismo histórico. O marco teórico-epistemológico de *La educación médica en la América Latina* é, em vários momentos da obra, apresentado por García como uma abordagem estrutural. Aparentemente, ao fazê-lo, García pretende esconder os fundamentos de sua perspectiva conceitual numa vertente do marxismo francês que teve seu apogeu durante a década de 1960. Trata-se de uma abordagem fortemente influenciada pela obra de Louis Althusser (1918-1990), Nicos Poulantzas (1936-1979) e outros(as) intelectuais marxistas da linha histórico-estrutural. Essa abordagem tem sido criticada como uma variante positivista do materialismo histórico, representativa de grandes narrativas fundadas em leis gerais da história e macroprocessos de raiz econômica.

Para García, a estrutura econômica não só determina o lugar da prática médica na estrutura social, mas também o alcance e a importância de todos os elementos que compõem o tecido social. Essa determinação não corresponderia a uma causalidade simples, e sim a uma causalidade de tipo estrutural: a determinação em última instância. Para resolver alguns impasses teóricos e lógicos da ideia de determinação estrutural dos dispositivos político-ideológicos, Althusser introduziu uma noção originalmente freudiana: o conceito de sobredeterminação.[12] Caso tivesse recorrido a essa referência conceitual inovadora, García teria compreendido melhor e com mais profundidade o que de fato o intrigava: a "autonomia relativa dos modelos de formação" que operam num espaço "livre da determinação da estrutura econômica", em que interatuam outros fatores e forças de outra natureza e que ele chega a demarcar com precisão.

Nessa perspectiva, tal como apresentada de modo esquemático por García, a prática médica funciona como reprodutora das condições biológicas da mão de

obra e reguladora da produtividade da força de trabalho. Aqui, o que se convencionou chamar de saúde pública no senso comum, basicamente uma medicina de segunda ordem aplicada a populações ditas marginais e a segmentos do proletariado, também desempenha um papel importante na diminuição das tensões políticas produzidas pela desigualdade social que resulta da intensa exploração econômica na base da formação social do capitalismo periférico. Podemos, numa perspectiva genealógica no sentido foucaultiano, identificar nesse argumento de García uma fonte de inspiração para a análise de Maria Cecília Donnangelo, que, num contexto político dado – a conjuntura brasileira de redemocratização após a ditadura militar e a luta pela reforma sanitária que gerou o Sistema Único de Saúde (SUS) –, tornou-se, ela própria, autora de um clássico raiz do movimento da saúde coletiva. (DONNANGELO; PEREIRA, 1976)[13] As dificuldades trazidas por soluções teóricas elusivas frente aos impasses políticos do estruturalismo marxiano – como o faz García, recorrendo a uma interpretação de inspiração gramsciana – ressaltam na leitura crítica do althusserianismo de Donnangelo realizada por Luiz Pereira (1976).

Autoapresentada (ou disfarçada) como uma abordagem estruturalista, essa forma de atribuição de função ideológica à educação (García) e função social à medicina (Donnangelo) tem muito a ver com a concepção de que as classes sociais são o resultado das desigualdades na distribuição do produto social, e não como efeito estrutural da contradição entre proprietários dos meios de produção e trabalhadores explorados por sua posição de classe. Como se o sistema de classes no capitalismo fosse determinado pela estrutura econômica da sociedade, mediante um processo de produção carente de historicidade, e não pelo regime de opressão (econômica, social, política e ideológica) dos grupos dominantes sobre sujeitos que, como coletivo, constituem as classes dominadas ou excluídas numa dada formação social. Em suma, García teria se apresentado como estruturalista para camuflar uma fundamentação teórico-política no marxismo. Contudo, a abordagem do materialismo científico que utiliza não deixa dúvidas de que se trata de uma versão estrutural, quiçá funcionalista (ou positivista), e não histórico-estrutural do materialismo dialético.

Observo ainda uma ausência quase total de referências conceituais na exposição fragmentada do quadro conceitual e uma cuidadosa escolha de citações na discussão e interpretação dos dados da pesquisa. De fato, García cita Bowles e Gramsci a propósito de métodos de ensino, como se ambos fossem pedagogos, com uma sutil referência em rodapé às experiências cubanas de educação popular. Naquela época, recém-publicado fora da Itália,[14] Antonio Gramsci ainda

não era conhecido pelos censores e leitores tanto quanto Marx, Engels, Lenin ou Mao; nem Samuel Bowles era reconhecido como autor da implacável crítica ao sistema escolar estadunidense como eficiente fator de sustentação do capitalismo raiz fordista e cruelmente liberal.

Não obstante, precisamos introduzir o contexto histórico. Não podemos esquecer que García operava numa conjuntura política extremamente desfavorável, senão hostil, às ideias progressistas da educação como emancipação política e da saúde como direito humano e princípio elementar de equidade social. Como nos mostra de modo magistral o texto de Galeano, Trotta e Spinelli reproduzido neste volume, no plano micropolítico a atuação da Opas permitia brechas; porém, o cenário do pós-macarthismo demandava cautelas e, no plano internacional do Hemisfério Sul, ditaduras militares e seus aparatos de repressão política fomentados pelo imperialismo e pelo fantasma da Revolução Cubana, no contexto da Guerra Fria, impunham cuidados redobrados. Felix Rigoli comenta que García usou a abundante e, na época, pouco difundida literatura crítica norte-americana que conhecia bem, buscando dotar suas referências de uma aparência "técnica e moderna" para, "com muita astúcia", passar pelo crivo "*da Opas de Horwitz e dos limitados censores latino-americanos*".[15]

Esse contexto e os cuidados por ele provocados explicariam a apresentação de um marco teórico de referência fragmentado, disperso por toda a obra, entremeado como seções em capítulos de apresentação e análise de resultados, com evidentes descontinuidades e obrigando a repetições, em vez de concentrados em formulação orgânica e sistemática.

EPÍLOGO: ATUALIDADE DE GARCÍA

Vejamos brevemente como e por que a obra de Juan César García se mantém incrivelmente atual, merecendo sem dúvida nossa homenagem com um clássico do campo da saúde coletiva. Por um lado, constatamos que, meio século depois de sua publicação, a maior parte dos atributos problemáticos e contraditórios dos sistemas de educação superior em geral e do ensino médico em particular continua vigente. Isso ocorre a despeito de avanços na implantação de sistemas de saúde em vários países da América Latina e Caribe, incluindo Canadá. Por outro lado, a atualidade da obra garciana deve-se sobretudo à competência analítica do autor, capaz de identificar processos fundamentais para a compreensão do seu objeto de inquérito, demonstrando robusta capacidade antecipatória, na medida em que matrizes estruturais, na perspectiva por ele adotada, são invariantes no que con-

cerne à posição no sistema mesmo que, dessa forma, se constituam como leito de contradições e condicionantes da dinâmica do sistema analisado.

Duas décadas antes do notório projeto Harvard/Banco Mundial dos estudos de carga global de doença como produtores de evidência para políticas públicas de intervenção em contextos de austeridade fiscal, García já analisava que o horizonte conceitual e linguístico da prática médica e do ensino médico também se transformava. Condicionada por vetores estruturais da base econômica da formação social, na racionalidade superestrutural do campo da saúde, García detectou o surgimento de uma nova ideia: a do preço da vida e o custo que implica sua proteção. Nesse quadro tendencial, o cálculo econômico entraria então como base para um paradigma de decisão "racional" na distribuição dos serviços de saúde, reforçando em última instância a desigualdade social, ao considerar que o preço da vida humana varia segundo a contribuição do indivíduo à sociedade.

Sintonizado com os desenvolvimentos institucionais mais recentes em sua época, no plano interno do ensino profissional em saúde, García registrava uma tendência à diversificação dos cursos médicos, proposta que recebia especial atenção naqueles anos, com o surgimento das chamadas "faculdades de ciências da saúde". Nessas instituições, pretendia-se formar diversos tipos de profissionais da saúde com base em um tronco comum de conhecimentos fundamentais que permitiria ao(à) estudante sair do sistema educacional em qualquer momento com a competência necessária para desempenhar uma ocupação e com a possibilidade de mudar de opção profissional. Comenta que não é fácil criar instituições formadoras no campo da saúde com esse propósito, dado o risco de que a profissão de maior prestígio, nesse caso a medicina, atraia a maioria e exerça uma influência dominante sobre outras profissões. Também nesse aspecto particular, nosso autor já identificava as contradições da educação interprofissional em saúde, analisando dificuldades e até impossibilidades condicionadas ao contexto dos sistemas públicos de saúde em sociedades de mercado.

Para García, o modo dominante de produção de serviços em uma economia de mercado necessita de médicos(as) especializados(as). Porém, na região geopolítica objeto do Projeto Opas, muitas escolas de medicina declaravam como objetivo principal a formação de generalistas, aptos(as) a atuar nos sistemas locais de saúde. Isso ocorria no plano ideal, porque, na realidade, aí se estabelece uma contradição entre retórica normativa e prática concreta, na medida em que instrutores e docentes são especialistas, e seu ensino, em forma e conteúdo, entra em conflito com as metas traçadas. Além disso, estudantes, pressionados(as) pela perspectiva de ingresso rápido no mercado de trabalho, prematuramente buscam

uma especialidade, sendo que as de maior prestígio na prática médica atraem o maior número de candidatos(as) e, pelo menos nos parâmetros oficiais dos processos seletivos hegemônicos, aqueles(as) mais preparados(as). Essa situação se complica quando a privatização, *vide* seguros e planos privados de saúde, trata de expandir a cobertura para grupos menos privilegiados, surgindo, dessa forma, uma demanda por maior quantidade de generalistas. De fato, é extraordinária a atualidade dessa análise, considerando a conjuntura brasileira neste momento em que celebramos três décadas de funcionamento do SUS.

Trata-se, em conclusão, de enfim apreciar a ambição epistemo-metodológica e o escopo político-ideológico do pensamento de Juan César García. Sua obra, aqui exposta numa releitura intertextual sincera, rigorosa e pluralista, permite-nos reconhecer e admirar um seminal esforço no sentido de analisar o papel político, ideológico e praxiológico das instituições encarregadas da formação de sujeitos críticos, criativos e engajados na luta histórica pela qualidade-equidade em saúde. Ao fazê-lo, a partir de um presente marcado por desilusões esperançadas, podemos lançar um olhar histórico-crítico sobre uma era de grandes modelos teóricos refletidos e contestados nas concretudes parciais e contraditórias que configuram o espaço social da educação em saúde.

NOTAS

1 Professor titular aposentado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Primeiro titular da Cátedra Juan César García (2004) da Universidade de Guadalajara, México. Atualmente é professor visitante no Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo (USP), titular da Cátedra Alfredo Bosi de Educação Básica, na qual desenvolve estudos sobre a relação universidade, história e sociedade. Pesquisador I-A do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Lattes: http://lattes.cnpq.br/1706182380230902.

2 Devo esta indicação bibliográfica da obra de Calvino à professora Denise Coutinho, a quem agradeço também pela cuidadosa revisão do manuscrito.

3 Trata-se aqui de uma das primeiras aplicações dos estudos etnográficos pioneiros sobre o processo educacional na sociedade contemporânea, inaugurados por Howard Becker (1963). Tais estudos resultaram no termo "currículo oculto", cunhado por Philip Jackson em *Life in the Classroom* (1968), porém formulado de modo mais sistemático como conceito por Snyder (1971) num livro intitulado justamente *The Hidden Curriculum*.

4 A noção de inteligência social foi inicialmente introduzida por Stuart Chapin (1939). O conceito de competências sociais, parte do que se chamou de "conhecimento tácito", foi desenvolvido na década de 1970, no campo da educação. (HARRÉ, 1975) Posteriormente, esse conjunto de constructos foi popularizado ou vulgarizado por Daniel Goleman (1995) como "inteligência emocional", rapidamente traduzida como "competências socioemocionais" na apropriação do senso comum.

5 A proposta de *team-based learning* (aprendizagem baseada em equipes) seria posteriormente sistematizada por Larry Michaelsen e demais autores (1982). Sua efetividade comparada com métodos tradicionais de ensino individualizado tem sido evidenciada em diferentes oportunidades, conforme Kamei e demais autores (2012). Recente avaliação sistemática pode ser encontrada em Winter, Clark e Burns (2021).

6 García utiliza aqui uma citação de Jean Piaget em segunda mão, devidamente creditada a um artigo de divulgação publicado numa revista leiga, *Saturday Review.* (JENNINGS, 1967) Como o essencial da obra de Piaget já se encontrava disponível em língua espanhola, com várias edições argentinas, podemos especular que essa referência representa mais um indício da estratégia de contornar a censura político-ideológica daquela conjuntura, como assinalo adiante.

7 Mais do que uma abordagem da educação pelo trabalho numa vertente deweyana, ou da integração ensino-serviço-comunidade promovida pela própria Opas, a proposta de García se aproxima mais à perspectiva freiriana da problematização. Não obstante, em sua obra não se encontra referência aos escritos de Paulo Freire, publicados nos Estados Unidos somente a partir de 1970 (agradeço a Eliana Cyrino por essa pertinente observação).

8 Possivelmente, García estaria inspirado na sua própria experiência como militante estudantil na Universidade de La Plata, no contexto dos movimentos de reforma universitária inspirados na revolta de Córdoba (devo essa convincente especulação biográfica a Felix Rigoli, a quem agradeço).

9 García se refere à sua contemporânea Grace Lee Boggs (1915-2015), uma polímata norte-americana – escritora feminista, ativista de esquerda, filósofa política e, sobretudo, reformadora da educação. O texto por ele citado (*Education – The great obsession*) é um extraordinário manifesto político a favor de uma educação pública radicalmente equitativa, denunciando o caráter individualista e competitivo do *éthos* hegemônico do *establishment* educacional norte-americano. (BOGGS, 1970)

10 Em nota de rodapé, García destaca o polêmico e pioneiro texto do patrono do behaviorismo B. F. Skinner (1904-1990), intitulado *Why we need teaching machines* (1961), antecipando alguns fundamentos e aplicações do que atualmente se poderia chamar de "educação aberta digital", com suas variações de ensino remoto e recursos pedagógicos *on-line*.

11 Essas observações apenas replicam aforismas de Calvino (1993, p. 12-13): "Um clássico é uma obra que provoca incessantemente uma nuvem de discursos críticos sobre si"; e, mais adiante, afirma sobre um clássico: "me inspira um irresistível desejo de contradizê-lo, de criticá-lo, de brigar com ele".

12 Sobre o debate em torno da categoria "sobredeterminação" na saúde coletiva, ver principalmente Almeida-Filho (2021).

13 Aqui aparecem evidências a favor de uma interpretação calviniana da hipótese de García como autor de um verdadeiro clássico. Conforme Calvino (1993, p. 14): "Um clássico é um livro que vem antes de outros clássicos; mas quem leu antes os outros e depois lê aquele, reconhece logo o seu lugar na genealogia".

14 Palmiro Togliatti publicou os *Quaderni del cárcere* entre 1948 e 1951. Na França, somente em 1966 textos selecionados da obra gramsciana foram publicados na Éditions Seghers; os *Cahiers de prison* começaram a ser publicados pela Gallimard a partir de 1971. Nesse mesmo ano, *Selections from the Prison Books* foi publicado em inglês pela International Publishers, em Londres. Curiosamente, num dos raros episódios de precedência nacional no cenário intelectual internacional, vários intelectuais brasileiros politicamente engajados no Partido Comunista Brasileiro já nos anos 1960 difundiam a obra gramsciana, destacando-se Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder como curadores da obra gramsciana entre nós. A primeira biografia de Gramsci no Brasil foi escrita por um dos intelectuais

mais reconhecidos à época, o ensaísta austro-brasileiro Otto Maria Carpeaux, publicada na *Revista Civilização Brasileira* em maio de 1966 (devo essa anotação bibliográfica a uma observação da professora Carmen Teixeira, a quem agradeço).

15 Felix Rigoli, comunicação pessoal, em 8 de maio de 2022.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. Mais além da determinação social: sobredeterminação, sim! *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37 n. 12, p. 1-4, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/HZmd7mMMGtHJ9PqZdpWVxtC/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 14 out. 2020.

BECKER, H. Student Culture. *In*: THE STUDY of Campus Cultures. Boulder: Western-Interstate Commission on Higher Education, 1963. p. 11-25.

BOGGS, G. Education – The great obsession. *The Monthly Review*, London, v. 22, n. 4, 1970. Disponível em: https://monthlyreview.org/2011/07/01/education-the-great-obsession/. Acesso em: 19 out. 2020.

BOWLES, S. Cuban education and the revolutionary ideology. *Harvard Education Review*, Cambridge, v. 41, n. 4, p. 472-500, 1971. Disponível em: https://meridian.allenpress.com/her/article-abstract/41/4/472/30847/Cuban-Education-and-the-Revolutionary-Ideology?redirectedFrom=PDF. Acesso em: 14 out. 2020.

BOWLES, S.; GINTIS, H. *Schooling in Capitalist America*. London: Routledge and Kegan Paul, 1976.

CALVINO, I. *Por que ler os clássicos?*. 5. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

CHAPIN, F. S. Social participation and social intelligence. *American Sociological Review*, [Thousand Oaks], v. 4, n. 2, p. 157-166, 1939. Disponível em: https://monthlyreview.org/2011/07/01/education-the-great-obsession/. Acesso em: 3 out. 2020.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

FLEXNER, A. *Medical education in the United States and Canada*. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.

GARCÍA, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Washington, D.C.: OPS, 1972.

GOLEMAN, D. *Emotional intelligence*. New York: Bantam Books, 1995.

GRAMSCI, A. La organización de la escuela y de la cultura. *In*: GRAMSCI, A. *La formación de los intelectuales*. México, DF: Grijalbo, 1967. p. 139-150.

HARRÉ, R. The Origins of Social Competence in a Pluralist Society. *Oxford Review of Education*, [London], v. 1, n. 2, p. 151-158, 1975.

JACKSON, P. *Life in Classrooms*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1968.

JENNINGS, F. Jean Piaget: notes on learning. *Saturday Review*, New York, p. 81-83, 1967.

KAMEI, R. K. *et al*. 21st century learning in medicine: Traditional teaching versus Team-based Learning. *Medical Science Education*, New York, 2012, v. 22, n. 2, p. 57-64, 2012. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/BF03341758?noAccess=true. Acesso em: 7 out. 2020.

MICHAELSEN, L. K. *et al*. Team-based learning: A potential solution to the problems of large classes. *Exchange*: The Organizational Behavior Teaching Journal, [Stanford], v. 7, n. 4, p. 18-33, 1982.

PEREIRA, L. Apêndice: capitalismo e Saúde. *In*: DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976. p. 85-124.

SKINNER, B. F. Why we need teaching machines. *Harvard Educational Review*, Cambridge, v. 31, n. 4, p. 377-398, 1961.

SNYDER, B. R. *The Hidden Curriculum*. New York: Alfred A Knopf, 1971.

WINTER, E.; CLARK, M. C.; BURNS, C. Team-based learning brings academic rigor, collaboration, and community to online learning. *In*: THURSTON, T. N.; LUNDSTROM, K.; GONZÁLEZ, C. (ed.). *Resilient pedagogy*: practical teaching strategies to overcome distance, disruption, and distraction. Logan: Utah State University, 2021. p. 202-224.

SOBRE OS TRADUTORES

CARMEN FONTES TEIXEIRA

Graduada em Medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, mestra em Saúde Comunitária e doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora titular do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos (IHAC/UFBA). Docente do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (IHAC/UFBA) e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Pesquisadora do Observatório de Análise Política em Saúde (Oaps), do ISC-UFBA.
Lattes: http://lattes.cnpq.br/8945692479798856
E-mail: carment@ufba.br

LILIANA SANTOS

Graduada em Psicologia pela Universidade de Passo Fundo (UPF), mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde é professora adjunta. Coordenadora do curso da graduação em Saúde Coletiva do ISC/UFBA (2017-2021). Membro da Coordenação do Fórum de Graduação em Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), 2015-2021. Membro da Coordenação Seção Nordeste II da Associação Brasileira da Rede Unida (2014-2020).
Lattes: http://lattes.cnpq.br/1751069530384176
E-mail: liliana.santos@ufba.br

MARCELO NUNES DOURADO ROCHA

Graduado em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), mestre em Saúde Comunitária e doutor em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professor adjunto do Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Prof. Milton Santos (IHAC/UFBA). Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade (2017-2021). Coordenador do Diretório das Escolas de Medicina do Brasil (Direm-Br).
Lattes: http://lattes.cnpq.br/2539105662266984
E-mail: marcelor@ufba.br

“[...] na dimensão educacional, o pensamento de Juan César García incorpora vários avanços da vanguarda de seu tempo que, de muitas maneiras, permanecem atuais e, por conseguinte, pertinentes ao contexto contemporâneo. [...] na interpretação dos achados daquele histórico estudo, García desenvolve uma teoria sociológica da educação baseada no referencial marxista, [...] com forte influência do pensamento gramsciano, entre outras referências teóricas, formulada por García em contraposição ao que chama de ‘pedagogia idealista’. [...] destaco [...] a contribuição de Juan César García para a compreensão da dialética permanência-transformação na complexa relação educação-trabalho, sobretudo o papel das instituições encarregadas da formação de sujeitos críticos, criativos e engajados na luta histórica pela qualidade-equidade em saúde”.

Naomar de Almeida Filho

ISBN 978-65-5630-390-1
9 786556 303901